

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES DES
ENFANTS : ÉTIOLOGIE ET PERSISTANCE

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

MIREILLE LÉVESQUE

MAI 2011

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier particulièrement certaines personnes qui ont été des appuis indispensables tout au long de mes études doctorales.

Je tiens d'abord à remercier mon directeur de thèse, Marc Bigras, pour son temps, son soutien, et ses conseils précieux. Merci aussi de m'avoir initiée et accompagnée dans les complexités du monde de la recherche.

Je veux exprimer toute ma gratitude à ma famille, spécialement à mes parents, qui ne sachant pas encore tout à fait ce qu'est un doctorat, ont su m'encourager et me témoigner leur amour et leur confiance. Votre détermination est une belle source d'inspiration à plusieurs égards dans ma vie.

Merci également à Guillaume pour son amour, sa compréhension sans failles, d'avoir renforcé ma détermination de terminer cette thèse et de m'avoir donné des fous rires même dans les moments finaux d'écriture de ma thèse.

Je ne peux oublier mes chères amies, Isabelle, Julie L. Julie R. et Marie-Line. Chacune à votre manière, vous avez contribué à faciliter mon parcours doctoral. Merci de votre présence, de votre écoute, de vos conseils judicieux, bref d'avoir été là autant dans les moments de joie que dans ceux plus difficiles.

Mes remerciements s'adressent aussi à Jean Bégin qui a contribué à éclaircir certains de mes questionnements sur les statistiques.

Finalement, je dois aussi souligner que la réalisation de la présente recherche a été rendue possible grâce à la contribution de Robert Pauzé qui m'a donné l'opportunité d'utiliser les données du projet FASS.

Merci à vous tous d'être présents dans ma vie.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	viii
RÉSUMÉ	ix
CHAPITRE I	
INTRODUCTION	1
1.1 Les facteurs associés aux comportements sexuels problématiques et aux problèmes extériorisés.....	7
1.1.1 Les comportements sexuels problématiques	7
1.1.2 Les problèmes extériorisés	12
1.2 Taux de persistance des comportements sexuels problématiques et facteurs contributifs à la persistance	16
1.2.1 Taux de persistance des comportements sexuels problématiques	16
1.2.2 Facteurs contributifs à la persistance.....	18
1.3 Les objectifs de la thèse	20
CHAPITRE II	
EXTERNALIZING PROBLEMS AND PROBLEMATIC SEXUAL BEHAVIORS: SAME ETIOLOGY?.....	23
Abstract	25
Family and Personal Factors Associated with PSB	27
Family and Personal Factors Associated with EP	28
Relations Across PSB, Mental Health Difficulties and EP	29
Method	30
Participants.....	30
Measures	32
Data Analyses	35

Results	35
Initial Analyses	35
Prediction of PSB and EP	38
Discussion	40
Limitations and Future Research	47
References	49
CHAPITRE III	
PERSISTENCE OF PROBLEMATIC SEXUAL BEHAVIORS IN CHILDREN	67
Abstract	69
Method	74
Participants.....	74
Measures	75
Data Analyses	77
Results	78
Initial Analyses	78
Univariate Analysis of Factors Associated With Persistence of PSB	78
Prediction of PSB Persistence.....	79
Discussion	81
Limitations	85
Implications for Research, Policy, and Practice.....	86
References	88
CHAPITRE IV	
DISCUSSION	105
DISCUSSION GÉNÉRALE	106
4.1 Synthèse des résultats des deux articles de thèse	106
4.2 Interprétation des résultats présentés dans les deux articles	107
4.2.1 Influence des facteurs personnels et familiaux.....	108
4.2.2 Influence des difficultés psychologiques.....	112
4.2.3 Taux de persistance des comportements sexuels problématiques	114

4.3. Implication théorique et clinique	116
4.4. Considérations méthodologiques générales à la recherche	120
4.4.1 Force et limites	120
4.4.2 Directions futures	122
4.5. Conclusion	124
ANNEXE A	
LETTRE DE L'ÉDITEUR D'ACCEPTATION DE L'ARTICLE I	126
ANNEXE B	
LETTRE DE L'ÉDITEUR CONFIRMANT LA SOUMISSION DE L'ARTICLE II	128
ANNEXE C	
FRÉQUENCE DES CSP SELON LE TEMPS DE MESURE ET LES ITEMS SÉLECTIONNÉS DU CSBI CHEZ TOUS LES ENFANTS DE L'ÉTUDE 2... ..	130
ANNEXE D	
INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES ET DESCRIPTIVES DES PARTICIPANTS ET DES ABANDONS LORS DE L'ÉTUDE 2..... ..	133
RÉFÉRENCES.....	135

LISTE DES TABLEAUX

CHAPITRE II

1	Frequency of Problematic Sexual Behaviors by Selected CSBI-III Items	61
2	Proportion of Family Sexuality Items by Sex of Participants and Presence of Problematic Sexual Behaviors (PSB)	62
3	Summary of Hierarchical Logistic Regression Analysis Predicting PSB When EP and Gender Are Controlled (N = 188)	63
4	Classification Table for Hierarchical Logistic Regression Model for PSB	64
5	Summary of Hierarchical Logistic Regression Predicting EP When PSB and Gender Are Controlled (N = 188)	65
6	Classification Table for Hierarchical Logistic Regression Model for EP	66

CHAPITRE III

1	Frequency of PSB According to Selected Items of CSBI-III Among Children with PSB	98
2	Family and Personal Characteristics of Children With PSB at Time According to Persistence of Behaviors 12 Months Later at Time 2	99
3	Summary of Hierarchical Logistic Regression Analysis Predicting Persistence of PSB Using Anterior Factors (N = 49)	101
4	Classification Table for Hierarchical Logistic Regression Model for PSB Persistence Using Anterior Factors	102
5	Summary of Hierarchical Logistic Regression Analysis Predicting Persistence of PSB Using Concomitant Factors (N = 49)	103
6	Classification Table for Hierarchical Logistic Regression Model of PSB Persistence Using Concomitant Factors	104

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

APQ	Alabama Parenting Questionnaire
ATSA	Association for the Treatment of Sexual Abusers
CBCL	Child Behavior Checklist
CPS	Child protective services
CSA	Childhood sexual abuse
CSBI	Child Sexual Behavior Inventory
CSP	Comportements sexuels problématiques
CTS	Conflict Tactics Scales
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
EP	Externalizing problems
FAD	Family Assessment Device
PE	Problèmes extériorisés
PSB	Problematic Sexual Behaviors
PRADS	Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale

RÉSUMÉ

La présente thèse de doctorat s'intéresse à certaines difficultés comportementales observées chez les enfants dans le système de protection de l'enfance. Précisément, certains de ces enfants présentent des gestes et des verbalisations sexuels qui se situent au-delà de ce qui est attendu compte tenu de leur jeune âge ou de leur stade de développement. Ces agissements, constatés chez des enfants de 12 ans et moins, sont dirigés sur des parties sexuelles, sont jugés inappropriés ou potentiellement dommageables pour soi ou les autres, et sont qualifiés de comportements sexuels problématiques (CSP). Cette thèse s'attarde aux déterminants et à la persistance propres aux CSP en les comparant aux problèmes extériorisés (PE). Un devis longitudinal sur une année du développement des enfants a été utilisé et l'échantillon initial était composé d'enfants de six à onze ans référés pour une prise en charge par les Centres jeunesse des régions de Montréal, de Québec, de l'Estrie ou de la Côte-Nord. Des enfants de quatre et cinq ans ont été intégrés par la suite à l'échantillon initial. Les données ont été recueillies par questionnaires auprès du parent ou du tuteur de l'enfant.

Cette thèse comporte deux articles. Le premier article porte sur les déterminants propres aux CSP et aux PE. L'objectif consistait à déceler les facteurs familiaux et personnels susceptibles de prédire respectivement le développement des CSP et des PE. Les résultats suggèrent que près d'un enfant sur trois manifeste des CSP. Des analyses de régressions logistiques ont été utilisées. Elles indiquent que les enfants qui présentent des CSP et ceux qui ont des PE montrent certaines expériences de vie et caractéristiques personnelles différentes. En effet, les enfants qui présentent des CSP se distinguent par leur vécu dans un environnement familial marqué par une plus grande sexualité et par leur jeune âge. En ce qui concerne les enfants qui présentent des PE, ils se différencient par un passé teinté d'une négligence se présentant sous la forme d'une supervision parentale négligente. Cependant, les enfants qui manifestent des CSP et ceux qui ont des PE s'apparentent en ce qui a trait à leurs antécédents de violence verbale dans la famille.

Le second article examine la persistance des CSP selon les caractéristiques passées et actuelles des enfants. L'objectif principal consistait à déterminer l'ampleur du maintien des CSP sur une période d'une année. L'objectif secondaire visait à préciser le profil personnel et familial des enfants les plus susceptibles de persister dans la manifestation de CSP durant la même période. L'étude a permis d'évaluer la présence de CSP chez les enfants en deux temps de mesure (Temps 1 et 2) et les

résultats révèlent qu'un peu moins de la moitié des enfants continuent de présenter des CSP après un an. Des analyses de régressions logistiques ont été utilisées et l'influence de l'environnement familial sur la persistance des CSP des enfants apparaît significative. En effet, les enfants persistants vivaient à la fois antérieurement (lors de l'année précédente) et concomitamment dans un environnement familial plus sexualisé que ceux qui cessent leurs CSP. Par ailleurs, l'analyse des caractéristiques concomitantes chez les enfants qui continuent de manifester des CSP pendant un an indique qu'ils montrent des difficultés psychologiques, c'est-à-dire des troubles de la pensée, des plaintes somatiques et des PE.

Pour conclure, une discussion générale porte sur les résultats des deux articles empiriques de la thèse selon les interprétations qui peuvent en être tirées et des implications théoriques et cliniques qui sont susceptibles d'en découler. Les différentes forces et limites inhérentes à cette recherche sont également abordées ainsi que des pistes de recherches futures.

Mots-clés : enfants, problèmes extériorisés, comportements sexuels problématiques, services de protection de la jeunesse

CHAPITRE I

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le développement sexuel de l'enfant, au même titre que les autres dimensions du développement, notamment cognitives, motrices et psychologiques, est au cœur des multiples changements qui se produisent au cours de l'enfance. Les premiers efforts de recherche empirique sur ces autres sphères du développement de l'enfant datent de plus d'un siècle, par exemple les études de Binet sur le développement cognitif. Ce n'est que 50 ans plus tard, soit après la Seconde Guerre qu'ont été réalisées les premières études scientifiques sur le développement sexuel humain (Kinsey, Pomeroy et Martin, 1948, Kinsey et al., 1953; Masters et Johnson, 1966, 1970), celles-ci faisant suite aux théories émergentes sur la sexualité infantile du début du siècle dernier (Freud, 1905). Plus précisément, les écrits sur la sexualité des enfants ont initialement été largement fondés sur les théories du développement sexuel de l'enfant et surtout basés sur des études de cas, du matériel clinique ou anecdotique du comportement de l'enfant. Notamment, la vision psychanalytique de la sexualité infantile et des stades de développement psychosexuel de Freud soutient que les enfants naissent avec une énergie sexuelle et sont entièrement submergés par la recherche d'expériences sexuelles (Freud, 1905). Le développement progresserait ensuite à travers différents stades, lesquels nécessiteront une adaptation de l'enfant à son environnement et une maîtrise de ses pulsions sexuelles (Freud, 1905). Des critiques de la théorie des stades de développement freudien lui reprochent d'être trop étroite et à certains égards trompeuse (Rutter, 1971). Les études à plus grande échelle portant sur le comportement sexuel des enfants ont pris du temps à se développer, ce qui est possiblement attribuable à des difficultés éthiques à observer directement le comportement des enfants ou même au culte de l'innocence de l'enfance et à une réticence à admettre la sexualité comme une partie du développement de l'enfant, surtout avant l'étape de la puberté (Frayser, 1994).

Tel que le relève Larsson (2000), beaucoup d'écrits citent encore les travaux de Kinsey dont les études sur la sexualité humaine ont suscité une attention considérable (Kinsey, Pomeroy et Martin, 1948, Kinsey et al., 1953). Bien que le travail de Kinsey porte davantage sur les adultes, il a également abordé la sexualité infantile. Une proportion considérable de répondants des travaux de Kinsey auraient fait mention de jeux sexuels au cours de leur enfance et les considérer comme un aspect habituel de leur développement (Offer et Simon, 1981). L'auteur détaille aussi des observations de parents des comportements masturbatoires de leurs enfants (Kinsey, 1948; 1953). Il a toutefois utilisé une méthodologie qui est actuellement remise en question scientifiquement. Lors des deux décennies suivantes, les quelques études menées sur la sexualité des enfants ont essentiellement investigué les âges à partir desquels les enfants commencent à jouer avec leurs organes génitaux/se masturber, et le moment du premier orgasme (Galenson et Roiphe, 1974). Les années 1980 et 1990 ont été marqué par la préoccupation croissante de chercheurs et d'intervenants envers les agressions sexuelles à l'égard des enfants (Larsson, 2000) de même qu'un questionnement des comportements sexuels qualifiés de problématiques de certains enfants envers d'autres enfants (Johnson, 1988; 1989). À cet égard, trois approches d'étude des comportements sexuels des enfants se développent graduellement des récentes études empiriques, elles impliquent soit; l'étude des enfants admis en traitement pour des comportements sexuels problématiques (CSP) (Bonner, Walker et Berliner, 1999; Gil et Johnson, 1993), l'obtention d'informations rétrospectives des adultes sur leurs expériences sexuelles au cours de l'enfance (Haugaard, 1996; Larsson et Svedin, 2002a) ou bien les témoignages de parents et du personnel de garderie sur les activités sexuelles des enfants (Larsson et Svedin, 2002b; Thigpen, 2009).

Une contribution considérable des études empiriques récentes sur la sexualité des enfants est la remise en question de certaines notions qui concernent la période de

latence, qui se situerait de 6 à 12 ans environ. Cette période développementale, qui est caractérisée, selon la psychanalyse traditionnelle, par un calme pour ce qui est du développement sexuel où l'enfant s'investit alors plus socialement et intellectuellement, se trouve remise en question. Les écrits suggèrent plutôt que les enfants de cet âge manifestent naturellement une large gamme de comportements sexuels (Friedrich et al., 1998; Johnson, 1999), mais ceux-ci seraient moins apparents qu'à d'autres stades développementaux, car les enfants seraient portés à cacher cet intérêt pour la sexualité en raison de la réprobation des adultes et aussi parce qu'ils sont désormais plus conscients des normes sociales relatives à la sexualité. Malgré l'absence de consensus entre les chercheurs de ce que sont les comportements sexuels normaux, il est généralement admis que ces conduites témoignent de jeux sexuels et d'une exploration sexuelle considérée normale puisqu'ils sont mutuels et non coercitifs lorsqu'ils impliquent d'autres enfants, surviennent spontanément, de manière intermittente, et ne sont pas source de détresse émotionnelle chez l'enfant (ATSA, 2006). Les comportements sexuels qualifiés de normaux sont trouvés fréquemment chez les enfants, tels que se masturber, exposer ses organes génitaux, regarder ceux des autres et émettre des verbalisations relatives à la conception des bébés (Friedrich et al., 1998). Au contraire, certains comportements sexuels sont rarement manifestés, dont l'insertion d'objets dans l'anus ou le vagin et de mettre sa bouche sur les organes génitaux d'adultes (Friedrich et al., 1998), et lorsque présentés, ils méritent habituellement une attention particulière.

Bien que les termes et les définitions diffèrent selon les auteurs, certains éléments de définition des CSP sont plus communément utilisés par les chercheurs. Précisément, des variables identifiées dans les écrits permettent de distinguer les CSP des enfants des comportements sexuels normaux par : 1) leur nature répétitive, 2) leur persistance à travers le temps et les situations, 3) l'étendue des gestes sexuels qui correspondent à des comportements d'adultes, 4) l'incapacité de cesser le

comportement sexuel à la suite d'interventions et de la supervision d'adultes, 5) l'usage de force et/ou d'agressivité, et 6) une différence du niveau développemental des enfants impliqués (Gagnon, Bégin et Tremblay, 2005; Gil, 1993; Gray et al., 1997, 1999; Johnson, 1998). Les comportements sexuels des enfants s'étirent sur un continuum dont les extrêmes consistent aux comportements sexuels normaux et aux comportements sexuels agressifs (Bonner et al., 1999; Johnson, 2002). Malgré l'absence d'une définition opérationnelle des CSP partagée entre les chercheurs, le groupe de travail de l'Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA, 2006) définit les enfants qui présentent des CSP comme ayant 12 ans et moins et qui manifestent des comportements dirigés sur des parties sexuelles, lesquels sont inappropriés ou potentiellement dommageables pour soi ou les autres. Les contacts génitaux en public, les menaces et les gestes d'intimidation envers un autre enfant dans le but d'obtenir un contact à caractère sexuel sont quelques-uns des comportements qui sont habituellement considérés comme problématiques. Précisons que des études estiment que 13 % des enfants victimes d'agressions sexuelles sont abusés par des enfants de moins de 12 ans (Pithers et al., 1998a), alors que jusqu'à 50 % seraient abusés par des adolescents (Hunter, 2000; Hutton et Whyte, 2006; Shaw, 2000). Ces conduites sexuelles des enfants ne sont pas inoffensives considérant que les victimes présentent un profil de problèmes émotionnels et comportementaux semblable à celui des enfants agressés sexuellement par des adultes (Brown, 2004; Shaw et al., 2000).

Des études ont entrepris de décrire le profil des enfants qui présentent des CSP ainsi que le contexte dans lequel se situent les CSP afin de dresser une vue d'ensemble du problème. En ce qui concerne les caractéristiques personnelles des enfants avec des CSP, l'âge de survenue des premières manifestations varie, selon les études consultées, entre deux et huit ans (Gray et al., 1997, 1999; Johnson, 1988, 1989), et la gravité de ces comportements pourrait augmenter avec l'âge (Burton,

1999, 2000). La majorité des enfants qui présentent des CSP sont des garçons; toutefois, certaines études dénotent jusqu'à 37 % de filles dans cette situation (Bonner et al., 1999; Gray et al., 1997; 1999; Pithers et al., 1998b). Les enfants manifestent leurs CSP en majorité à leur domicile ou à celui de l'enfant victime (54 %), dans une moindre proportion à l'école (19 %) et dans le voisinage (15 %). Les enfants ont recours à la coercition verbale et à l'intimidation lors de 54 à 60 % des occasions et dans 23 à 38 % des cas, la force physique est utilisée (Johnson, 1988, 1989). La plupart des enfants qui manifestent des CSP impliquent dans leurs activités sexuelles plus de deux enfants, surtout des membres de la fratrie (35 %) et des amis (34 %) (Gray et al., 1997, 1999; Johnson, 1988, 1989; Pithers et al., 1998b). Selon Johnson (1988), cette moyenne de deux enfants est une sous-estimation de la réalité, puisque les enfants qui manifestent des CSP sont réticents à dévoiler l'information relative à leurs comportements. Cet avis est aussi partagé par l'ATSA (2006) qui relève qu'au cours d'entrevues cliniques les enfants nient souvent leurs CSP, de même que les enfants victimes des CSP d'autres enfants tendent à ne pas divulguer les gestes subis (Sperry et Gilbert, 2005).

En somme, ce sont surtout les jeunes garçons qui manifestent des CSP et ces comportements sexuels se déroulent habituellement au domicile d'un des enfants concernés. La coercition, qu'elle soit physique ou verbale, est utilisée dans la majorité des occasions où des CSP sont perpétrés envers autrui. Ceci évoque certains écrits qui ont suggéré un rapprochement entre les CSP et les problèmes extériorisés (PE) (Silovsky et al., 2007; Van Goozen et al., 2002). En effet, les CSP peuvent être en lien avec des manifestations des PE comme l'agression physique et verbale. Néanmoins, afin de mieux comprendre les difficultés que posent les CSP, trois questions méritent une attention particulière. Ainsi, il importe premièrement de se demander quels sont les facteurs qui distinguent les CSP des PE? En l'absence de spécificités, les CSP consisteraient alors en une manifestation des PE, soit des PE de

nature sexuelle, comme d'autres formes de PE pourraient être de nature acquisitive (agression pour l'acquisition de ressources matérielles). Deuxièmement, la question de la stabilité se pose afin d'en estimer la gravité : quelle est la proportion d'enfants avec CSP qui continuent d'en présenter avec le temps? Peu d'études ont documenté la persistance des CSP, alors que la chronicité d'une difficulté est un argument important de la validité d'un diagnostic psychologique. Troisièmement, et conséquemment, chez les enfants qui continuent de présenter des CSP, quels sont les déterminants passés et actuels qui contribuent à cette persévérance? La détermination du profil des enfants susceptibles de maintenir les CSP est importante dans une optique de prévention et de traitement compte tenu de la présence d'écrits ayant relevé chez des adultes le début de leurs comportements sexuels abusifs au cours de l'enfance.

Dans les prochaines parties de la présente introduction générale à la thèse par articles, ces trois questions seront abordées plus en détail, et les deux dernières questions seront examinées conjointement. Enfin, les objectifs de la thèse seront présentés.

1.1 Les facteurs associés aux comportements sexuels problématiques et aux problèmes extériorisés

1.1.1 Les comportements sexuels problématiques

Des écrits ont fréquemment évoqué certains facteurs qui semblent associés au développement des CSP chez l'enfant, tels que la maltraitance (négligence, violence corporelle, sexuelle et psychologique), un contexte familial dysfonctionnel caractérisé par de la violence conjugale et l'exposition à un environnement sexualisé (Friedrich et al., 2003; Hall et al., 2002; Silovsky et Niec, 2002). Des difficultés reliées à la

prévalence élevée des troubles de santé mentale chez les enfants ont aussi été répertoriées chez des jeunes présentant des CSP (Bonner et al., 1999; Silovsky et Niec, 2002).

Environnement familial

En tant que contexte de vie important, l'environnement de la famille apparaît influencer les comportements sexuels de l'enfant. Les enfants manifestant des CSP semblent vivre indirectement de la violence puisque plus de la moitié d'entre eux rapportent avoir été témoin de violence entre les parents, incluant de voir l'un frapper l'autre, le gifler ou le pousser (Silovsky et Niec, 2002). Outre l'exposition à la violence familiale, la victimisation et l'agression sexuelle des autres membres semblent importantes dans les familles des enfants qui manifestent des CSP (Pithers et al., 1998a). D'une part, les parents et la fratrie sont pour la plupart eux-mêmes des victimes d'agressions sexuelles, et ce, de l'ordre de 50 à 72 %, ce qui correspond en moyenne à deux membres par famille (Bonner et al., 1999; Estes et Tidwell, 2002; Gray et al., 1997, 1999; Pithers et al., 1998a). D'autre part, outre l'enfant qui présente des CSP, dans 45 à 92 % des cas, d'autres membres de la famille sont connus comme ayant déjà abusé sexuellement (Gray et al., 1997, 1999; Pithers et al., 1998a). Ces données suggèrent une prévalence élevée d'agressions sexuelles subies et agies dans les familles d'enfants qui présentent des CSP.

Des études ont permis de faire ressortir que beaucoup d'enfants qui manifestent des CSP ont été victimes de sévices de toutes sortes. Plus particulièrement, près de 33 % des enfants victimes de maltraitance (Tarren-Sweeney, 2008) et entre 62 et 66 % des victimes d'agressions sexuelles (Hall et al., 2002; Kendall-Tackett, Williams et Finkelhor, 1993) manifestent des CSP. Les impacts des diverses formes de maltraitance sont variés et sévères; ils passent des blessures et des

incapacités physiques (Theodore et al., 2005) aux difficultés d'ordre émotionnel (Maughan et Cicchetti, 2001), aux difficultés académiques (Shonk et Cicchetti, 2001) et aux comportements agressifs (Shonk et Cicchetti, 2001). Des antécédents de victimisation sexuelle en bas âge émergent comme une des variables les plus rapportées dans les études relativement à une fréquence élevée de CSP à l'enfance, variant de 48 à 100 % selon les études (Bonner et al., 1999; Gray et al., 1997, 1999; Lepage et al., 2010; Tarren-Sweeney, 2008). Notamment, Burton (1999) relève que les enfants qui présentent des CSP sont davantage victimes d'agression sexuelle que les enfants agressifs physiquement. Ces données relatives à la victimisation sexuelle sont plus importantes que celles rapportées dans la population générale, soit environ 21 % chez les femmes et 11 % chez les hommes (Cawson et al., 2000).

En plus de l'agression sexuelle, d'autres comportements des adultes en général et des parents en particulier, comme la négligence, la violence corporelle et psychologique, sont des facteurs qui apparaissent reliés à la manifestation de CSP chez l'enfant (Bonner et al., 1999; Gray et al., 1997, 1999; Silovsky et Niec, 2002). Plus particulièrement, Gray et ses collègues (1997) ont étudié les CSP chez 72 enfants et ont fait ressortir qu'en plus d'être une victime d'agression sexuelle (95 %), 48 % d'entre eux ont été victimes de maltraitance physique, 33 % ont subi de la violence psychologique et 11 % ont vécu de la négligence. Dans leur échantillon, l'âge moyen de la survenue de ces sévices se situe à trois ans et la plupart des enfants sont des victimes d'abus multiples. De plus, l'étude de Gray et ses collègues (1997) relève que la combinaison la plus fréquemment relatée est l'agression sexuelle et la violence corporelle. L'impact de ces sévices semble différent selon le sexe de l'enfant. En effet, les garçons victimes de violence corporelle de l'échantillon de Merrick et ses collègues (2008) manifestent essentiellement des comportements d'exhibitionnisme (montrer ses organes génitaux) ou sexuellement intrusifs envers autrui (toucher les organes génitaux d'autrui) alors que les filles présentent des

difficultés avec les frontières sexuelles (embrasser des inconnus). Enfin, le nombre moyen d'agresseurs par enfant s'élève à environ trois et 40 % de ces agresseurs ont moins de 18 ans (Gray et al., 1997).

Le contexte familial des enfants qui présentent des CSP semble caractérisé par une plus grande sexualisation que celui de ceux qui ne montrent pas ce type de difficulté (Bonner et al., 1999; Friedrich et al., 1998, 2003; Hall, Mathews et Pearce, 2002). L'environnement familial sexualisé réfère essentiellement à une exposition à des conduites qui ne respectent pas les limites de l'intimité ainsi qu'une disponibilité de contenus sexuels inadéquats à l'enfant, comme le fait pour un enfant d'être témoin des relations sexuelles de ses parents ou d'avoir accès à de la pornographie. Friedrich et ses collègues (1998) émettent l'idée que le comportement sexuel de l'enfant est le reflet du contexte familial dans lequel il est éduqué.

De plus, la présence d'un contexte familial désorganisé, la détresse psychologique parentale et les relations parents-enfants déficientes caractérisent les familles des enfants qui manifestent des CSP (Pithers et al., 1998a). D'une part, les parents de ces enfants sont déçus de nombreux aspects du fonctionnement de leur jeune, notamment ses qualités et ses aptitudes (Pithers et al., 1998a). D'autre part, ces parents fournissent un faible niveau d'encadrement et considèrent comme difficiles leurs tâches parentales et leurs relations auprès de leurs enfants, de sorte qu'un tel portrait peut contribuer à expliquer le développement d'un attachement de type anxieux prédominant (Pithers et al., 1998a). Enfin, un soutien social parental pauvre est noté ainsi que des niveaux cliniques élevés de retrait, d'hostilité et de méfiance interpersonnels chez les parents (Pithers et al., 1998a).

Santé mentale des enfants

Certains troubles de santé mentale sont souvent observés chez les enfants qui manifestent des CSP (Bonner et al., 1999; Gray et al., 1997, 1999; Silovsky et Niec, 2002). La prévalence élevée de troubles psychologiques relevée par Gray et ses collègues (1997) dans leur échantillon apparaît représentative d'autres études. Ces auteurs relèvent au moins un trouble de santé mentale concomitant aux CSP chez 93 % des 72 enfants de leur échantillon et 45 % satisfont aux critères diagnostiques du DSM-IV pour au moins deux diagnostics. Plus particulièrement, le trouble des conduites (73 %), le trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (41 %), le trouble oppositionnel (27 %) et le trouble de stress post-traumatique (17 %) constituent les problèmes de santé mentale les plus communément rapportés chez les enfants qui présentent des CSP.

D'autres difficultés de santé mentale fréquemment associées aux enfants qui présentent des CSP ont un impact sur leur rendement scolaire. Les recherches indiquent que beaucoup de ces enfants souffrent de difficultés d'apprentissage, de troubles émotionnels sérieux, de difficultés de langage et de difficultés scolaires (Cunningham et MacFarlane, 1996; Gray et al., 1997, 1999). Gray et al. (1997) constatent que 64 % des enfants de leur échantillon sont dirigés vers des services éducatifs spécialisés, alors que la moyenne nationale américaine s'élève à 25 %. Au-delà des difficultés d'apprentissage, des écrits évoquent la présence de carences considérables sur le plan des compétences sociales, notamment dans le contexte scolaire (Bonner et al., 1999; Johnson, 1988). En effet, Cunningham et MacFarlane (1996) suggèrent que ces enfants souffrent d'une faible estime de soi, celle-ci se manifestant par une perception d'être inadéquat et vulnérable envers autrui. D'ailleurs, les enfants qui présentent des CSP sont à risque de rejet des pairs, ont peu d'amis et la majorité d'entre eux entretiennent des relations conflictuelles avec leurs

pairs (Bonner et al., 1999; Johnson, 1988). De plus, ils montrent une pauvre tolérance à la frustration et de faibles habiletés de résolution de conflits et d'adaptation aux situations nouvelles. Un manque d'empathie, de réciprocité et de coopération caractérise aussi ces jeunes, selon Cunningham et MacFarlane (1996).

En faisant l'examen des différentes études qui se sont intéressées aux facteurs familiaux associés aux CSP chez les enfants, nous notons que ces derniers ont subi plus de maltraitance que les enfants qui présentent un développement sexuel normal. Par ailleurs, la présence d'une plus grande exposition à la sexualité et des insatisfactions parentales envers l'enfant caractérisent le contexte familial dans lequel grandit l'enfant qui présente des CSP. Ainsi, l'environnement familial des enfants qui manifestent des CSP n'apparaît pas propice à soutenir le rétablissement à la suite d'incidents de maltraitance. En somme, les études effectuées sur la santé mentale de ces enfants révèlent des taux élevés de troubles psychologiques, cette forte prévalence est d'ailleurs considérée comme inquiétante par certains auteurs. Au plan social, ils apparaissent présenter des habiletés sociales déficientes en plus de difficultés de résolution de problèmes dans un contexte comme l'école.

1.1.2 Les problèmes extériorisés

Comme nous l'avons brièvement relevé précédemment, une proportion considérable d'enfants qui présentent des CSP souffre aussi d'un PE (comportements d'impulsivité, d'agression, d'opposition, etc.), soit environ trois enfants sur quatre (Gray et al., 1997; Silovsky et Niec, 2002). L'examen des caractéristiques personnelles nous informe que similairement aux CSP, les PE semblent largement plus fréquents chez les garçons que les filles (Karreman et al., 2009; Olson et al., 2005). De telles similitudes de fréquence et de genre peuvent porter à croire que les CSP et les PE sont semblables. Justement, Burton (1999) a comparé trois groupes de

garçons, soit des garçons sexuellement agressifs, physiquement agressifs et non agressifs qui reçoivent des services de protection et qui vivent en famille d'accueil ou dans leur famille d'origine. Les enfants sexuellement agressifs étaient aussi très agressifs physiquement, soit autant que les garçons du groupe agressifs physiquement seulement. En ce qui concerne la stabilité du lien entre les CSP et les PE, celle-ci est apparue considérable sur une période de 15 mois dans le cadre de l'étude de Meyer-Bahlburg et ses collègues (1999). Ces auteurs ont aussi relevé que les enfants qui présentent des CSP manifestent plus de comportements extériorisés et intériorisés.

La prévalence élevée des PE chez les enfants qui présentent des CSP inquiète certains auteurs sur le plan du pronostic. Par exemple, Gray et ses collègues (1999) rappellent la conceptualisation de Moffitt (1993) du trouble des conduites qui a proposé deux sous-types distincts : le type hâtif à début pendant l'enfance et le type tardif à début pendant l'adolescence. Ce dernier sous-type est restreint en ce qui concerne la durée, soit au cours de l'adolescence seulement, et n'est vraisemblablement pas associé avec le trouble de personnalité antisocial à l'âge adulte. Par ailleurs, le type à début hâtif se caractérise par un début du trouble des conduites au cours de l'enfance (avant 10 ans) qui persiste et inclut l'agression physique et des relations difficiles avec les pairs. Les enfants dont le trouble des conduites débute au cours de l'enfance présentent un plus grand risque de persistance des PE jusqu'à l'âge adulte (trouble de personnalité antisocial). En somme, la forte association entre le trouble des conduites et les CSP est préoccupante dans la mesure où elle peut suggérer que les CSP évoluent de façon similaire au trouble des conduites. Si tel est le cas, on peut supposer que les enfants qui manifestent des CSP, similairement aux enfants ayant un trouble des conduites à début hâtif, seraient susceptibles de maintenir leurs comportements répréhensibles.

Des écrits ont relevé des facteurs fréquemment observés chez les enfants qui présentent des PE ainsi que chez ceux qui ont des CSP. En effet, la présence de relations parents-enfants difficiles (Gray et al., 1999), de styles parentaux inappropriés (Pereira et al., 2009; Stormshak et al., 2000) et de maltraitance (Jaffee et Maikovich-Fong, 2011; Stouthamer-Loeber et al., 2001), semble associée au développement de ces deux types de difficultés comportementales. Dans les prochains paragraphes, nous nous attarderons à préciser ces déterminants familiaux qui apparaissent communs aux CSP et aux PE ainsi que ce qui les différencie.

Relations familiales

Certains facteurs familiaux associés aux CSP se trouvent également chez les enfants qui manifestent des PE. Par exemple, Gray et ses collègues (1999) rappellent trois aspects des relations parents-enfants relevés dans des écrits antérieurs associés au développement hâtif des PE que l'on trouve dans les familles des enfants qui manifestent des CSP: conflit parent-enfant, supervision inadéquate et manque d'implication positive du parent envers son enfant. D'autres études relèvent la présence d'un style disciplinaire punitif et coercitif autant chez les parents d'enfants présentant des CSP que ceux avec PE (Deater-Deckard et Dodge, 1997; Eddy, Leve et Fagot, 2001; Johnson, 1998; Pereira et al., 2009; Stormshak et al., 2000). Certaines caractéristiques individuelles de la mère telles qu'un haut niveau de stress, une dépression, et un jeune âge au moment de la naissance de l'enfant, et d'autres facteurs familiaux jouent aussi un rôle dans l'émergence des PE, tout particulièrement la séparation parentale avant la naissance de l'enfant, les conflits conjugaux et le faible niveau socioéconomique (Tremblay et al., 2004; Shaw et al., 2003; Webster-Stratton, 1997). Ces deux derniers facteurs ainsi que le niveau élevé de stress maternel ont également été évoqués dans les écrits portant sur les enfants qui présentent des CSP (Silovsky et Niec, 2002; Pithers et al., 1998a).

Maltraitance

Selon la source de référence (parent ou enseignant), environ 33 à 44 % des enfants victimes de maltraitance présentent des PE, ce qui est le double de la proportion constatée dans la population générale (U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families, 2005). De nombreux écrits évoquent l'impact de la maltraitance à la fois sur l'émergence que la persistance des PE chez l'enfant (Egeland et al., 2002; Jaffee et Maikovich-Fong, 2011; Keiley et al., 2001). Dans une recension des écrits, Maas et ses collègues (2008) mentionnent que la violence corporelle est le type de maltraitance le plus fréquemment relevé chez les jeunes qui présentent des PE. Plus particulièrement, Egeland et ses collègues (2002) ont trouvé que la violence physique en bas âge, mais pas la violence psychologique, contribuait à l'émergence des PE des enfants. Bien que les résultats soient moins notoires, les conséquences de la victimisation sexuelle sur le développement des PE ont aussi été étudiées; par exemple, la recension des écrits sur l'agression sexuelle de Trickett et Putnam (1998) relève l'association autant pour les garçons que pour les filles entre l'agression sexuelle et les PE de l'enfance à l'âge adulte.

En résumé, ces études suggèrent que les CSP et les PE partagent plusieurs déterminants personnels et familiaux. Toutefois, certaines expériences passées semblent plus fréquentes chez les enfants qui présentent des CSP en comparaison à ceux qui manifestent des PE; une exposition à une plus importante sexualité dans la famille ainsi qu'une victimisation sexuelle. Également, la violence corporelle apparaît caractériser davantage le passé familial des enfants qui manifestent des PE. Malgré ces apparentes similitudes et différences, la contribution respective de ces facteurs dans le développement des PE et des CSP n'a pas été examinée. Plus particulièrement, aucune étude n'a examiné conjointement des facteurs familiaux et

personnels liés aux PE et aux CSP chez un même groupe d'enfants. Pourtant, une considération des mêmes déterminants permettrait notamment de mieux comprendre les facteurs de risque du développement de ces difficultés. Conséquemment, une telle étude préciserait si les CSP sont simplement des PE qui se manifestent de nature sexuelle ou si des expériences familiales et personnelles les distinguent.

1.2 Taux de persistance des comportements sexuels problématiques et facteurs contributifs à la persistance

Relativement peu d'écrits permettent d'estimer les taux de persistance des CSP chez les enfants. Seules deux études longitudinales et prospectives ont été recensées, les quelques autres études qui se sont attardées à ce problème étant de type rétrospectif. De plus, aucune étude ne semble avoir traité de la question des facteurs relatifs à la persistance des CSP chez les enfants, de sorte que pour obtenir des renseignements sur le sujet, il faut se tourner vers les études ayant porté sur des échantillons d'adolescents et de méthodologie rétrospective.

1.2.1 Taux de persistance des comportements sexuels problématiques

Dans le but de préciser le moment des premières manifestations de CSP, Burton (2000) a comparé deux groupes d'adolescents criminalisés pour agression sexuelle, selon qu'ils avaient manifesté des CSP avant l'âge ou après l'âge de 12 ans. L'auteur relève ainsi que 46 % des adolescents agresseurs sexuels ont amorcé leurs comportements sexuels déviants avant l'âge de 12 ans. Précisément, ce sont ces conduites précoces qui étaient associées lors de l'adolescence à des actes d'une plus grande gravité comparativement au groupe d'adolescents « tardifs ». Ces résultats sont semblables à ceux obtenus par Abel, Osborn et Twigg (1993) qui ont noté que chez la population des adultes qui présente une paraphilie, 42 % rapportent le début

de leurs conduites sexuelles déviantes avant l'âge de 18 ans. Ce sont justement ces agresseurs sexuels précoces qui ont fait plus de victimes (Abel et al., 1993).

Au regard de la persistance des CSP chez les enfants, une première étude prospective menée par l'équipe de Bonner et ses collègues (1999) consistait en un suivi de deux ans consécutif à un traitement à l'externe d'enfants de six à douze ans qui présentent des CSP. Les auteurs relèvent qu'environ 15 % des enfants ont obtenu un autre signalement pour des CSP à une agence de protection de l'enfance au cours des deux années du suivi. Ainsi, comme suite à un traitement approprié, ces données suggèrent un taux faible de récurrence chez ces enfants, mais les CSP de certains peuvent avoir persisté sans avoir été remarqués par les adultes de l'entourage ou sans avoir été signalés. Ce taux est, en effet, similaire au risque de récurrence sexuelle observé chez les adolescents agresseurs sexuels en réponse à un traitement, soit entre 7 et 20 % selon la durée du suivi après l'intervention (Caldwell, 2007; Hagan et al., 2001). Par exemple, un suivi sur une période de dix ans dans les bases de données judiciaires adultes et juvéniles suggère un taux de récurrence sexuelle encore plus faible, entre 2 et 7 % selon l'approche théorique du traitement reçu (Carpentier, Silovsky et Chaffin, 2006).

Contrairement à l'étude de Bonner et ses collègues (1999), une deuxième étude longitudinale réalisée par Friedrich et ses collègues (2005) relève la forte persistance d'une fréquence élevée de comportements sexuels chez 20 enfants de dix à douze ans en cours de placement en famille d'accueil et en centre de réadaptation. En effet, le maintien d'un taux élevé des comportements sexuels a été noté un an plus tard chez 92 % des enfants placés en centre de réadaptation et chez 43 % de ceux qui sont placés en famille d'accueil (Friedrich et al., 2005). Ces auteurs expliquent que la plus grande persistance d'une haute fréquence des comportements sexuels chez les enfants placés en centre de traitement résidentiel peut être liée à la gravité et à la

concomitance des troubles de santé mentale chez ces enfants, bien que cette idée n'ait pas été vérifiée dans le cadre de leur étude.

1.2.2 Facteurs contributifs à la persistance

À notre connaissance, les écrits qui se sont intéressés aux enfants qui présentent des CSP n'ont pas étudié les facteurs contributifs à la persistance de ces conduites sexuelles. En revanche, les écrits sur les adolescents agresseurs sexuels se sont attardés à faire cet exercice, de sorte que certaines études portant sur cette population peuvent aider à nous renseigner sur les déterminants de cette continuité comportementale.

Contexte familial

Dans une étude portant sur l'examen de données rétrospectives concernant les origines des comportements sexuels abusifs à l'enfance chez des adolescents agresseurs sexuels, Vizard, Hickey et McCrory (2007) relèvent que ceux qui ont amorcé leurs conduites déviantes avant l'âge de 11 ans ont été davantage victimes de maltraitance (violence corporelle, sexuelle et psychologique et négligence) et d'une pauvre supervision parentale. L'agression sexuelle est largement discutée dans les écrits sur les adolescents agresseurs sexuels (Burton, 2000, 2008; Salter et al., 2003) et Veneziano, Veneziano et Legrand (2000) indiquent notamment que 92 % d'entre eux ont subi une victimisation sexuelle avant de perpétrer à leur tour de pareilles agressions.

Les adolescents abusifs sexuellement depuis l'enfance ont des familles qui se caractériseraient par des frontières sexuelles inadéquates et ont subi de nombreux placements (Vizard et al., 2007). En comparaison avec d'autres types de délinquants

non sexuels, les écrits suggèrent une exposition à la pornographie à un plus jeune âge, plus souvent une pornographie explicite (Ford et Linney, 1995) chez les adolescents agresseurs sexuels. Ces derniers auraient aussi plus souvent fait l'expérience de touchers d'un adulte subjectivement ressentis comme sexuels par le jeune (Zgourides, Monto et Harris, 1997).

Contexte personnel

En plus d'avoir vécu des conditions d'adversité familiale, les adolescents agresseurs sexuels qui récidivent sexuellement présentent un profil de difficultés de santé mentale. Vizard et ses collègues (2007) ont relevé des taux élevés de comportements hyperactifs et impulsifs chez les adolescents agresseurs sexuels qui persistent à manifester des conduites sexuelles abusives. Au plan cognitif, la présence de distorsions cognitives, telles que blâmer la victime pour les comportements sexuels abusifs subis et entretenir des intérêts sexuels déviants, a été amplement décrit comme un facteur de risque d'une récidive sexuelle chez les adolescents (Kahn et Chambers, 1991; Kenny, Keogh et Seidler, 2001).

D'autres facteurs liés à plus de récidives sexuelles chez les adolescents agresseurs sexuels se reportent à la nature des premiers comportements abusifs comme le fait d'avoir pénétré la victime (Langstrom, 2002; Miner, Siekert et Ackland, 1997), avoir perpétré des agressions sexuelles envers plusieurs victimes (Langstrom, 2002; Rasmussen, 1999), ou avoir commis une agression sexuelle envers une victime étrangère (Langstrom, 2002). Outre le type de comportement commis, l'âge de ces premières conduites influencerait la persistance où, dans une recension des écrits, Boyd, Hagan et Cho (2000) suggèrent que plus l'enfant est jeune au moment de ses premiers comportements sexuels abusifs, plus il est susceptible de continuer de présenter ces conduites.

Enfin, une étude sur la persistance d'une fréquence élevée de comportements sexuels suggère que la majorité des enfants qui manifeste des CSP au moment de l'évaluation initiale continuera d'en présenter (Friedrich et al., 2005). Toutefois, une seconde étude (Bonner et al., 1999) contredit ces conclusions. Le type de traitement reçu peut contribuer à expliquer l'écart considérable noté parmi ces études. En effet, les données de Friedrich et ses collègues (2005) ont été obtenues auprès d'enfants placés en centre de réadaptation et en famille d'accueil qui reçoivent un traitement, mais celui-ci n'est pas spécialisé aux comportements sexuels manifestés. Au contraire, le traitement offert par l'équipe de Bonner et ses collègues (1999) consiste en des interventions issues de l'approche cognitivo-comportementale propres aux CSP et se déroule dans la lignée des traitements reconnus comme efficaces pour les CSP déterminés par l'ATSA (2006). Malgré cette différence, la persistance des CSP est inquiétante et sa reconnaissance est primordiale pour la prévention et l'intervention. En effet, l'intérêt porté aux CSP est critique dans une optique de prévention de la victimisation si l'on considère seulement l'impact délétère des CSP sur les autres enfants (Brown, 2004; Shaw et al., 2000; Sperry et Gilbert, 2005). De même, les modalités d'intervention auprès des enfants qui présentent des CSP pourraient être adaptées selon le taux de persistance présenté, par exemple. Aucune étude à notre connaissance n'a examiné des facteurs importants pour mieux comprendre la stabilité des CSP, comme le contexte familial ou la santé mentale des enfants. Seuls les écrits portant sur les adolescents agresseurs sexuels ont contribué à préciser les déterminants personnels et familiaux qui peuvent influencer la persistance des comportements sexuels abusifs.

1.3 Les objectifs de la thèse

La problématique générale de la thèse porte sur les enfants dans le système de protection de l'enfance qui présentent des CSP. Deux questions de recherche feront

l'objet d'un examen empirique dans le but de mieux comprendre la spécificité et l'évolution des CSP.

La première question soulevée consiste à éclaircir l'apparence d'un chevauchement entre la nature des CSP et des PE. Par exemple, une étude récente de Lepage et ses collègues (2010) a identifié certains facteurs personnels et environnementaux associés aux CSP des enfants, mais leurs résultats ne permettent pas de déterminer si ces mêmes variables contribuent à l'émergence des PE. De sorte que l'objectif principal de la thèse est de déterminer les facteurs qui prédisent le développement des deux groupes de comportements : est-ce que ce sont les mêmes déterminants qui concourent à l'émergence des CSP et des PE? Les facteurs potentiellement discriminants incluent des caractéristiques personnelles (sexe, âge) et familiales (maltraitance et sexualité dans la famille). De façon générale, il est attendu que l'agression sexuelle et la sexualité dans la famille apporteront une contribution unique aux CSP, alors que la violence corporelle vécue par les enfants prédira surtout les PE. Le chapitre II de cette thèse traite de cet objectif dont les détails sont présentés dans un article accepté à la revue *Aggressive Behavior* qui s'intitule : « Externalizing Problems and Problematic Sexual Behaviors: Same Etiology? » (Lévesque, Bigras et Pauzé, 2010).

La deuxième question soulevée examine les liens longitudinaux entre la persistance des CSP et les caractéristiques personnelles et familiales des enfants qui manifestent des CSP : quelle est l'ampleur du maintien de ces difficultés et quel est le profil des enfants les plus susceptibles de persister dans la manifestation de CSP? Le premier objectif consiste ainsi à examiner le taux de persistance des CSP sur une période d'une année alors que le second objectif vise à éclaircir l'impact de facteurs personnels et familiaux (Temps 1 et 2) sur la persistance des CSP d'enfants durant la même période. De façon générale, il est attendu que la plupart des enfants cesseront

leurs CSP grâce à leur maturation sexuelle. Dans le cas d'un maintien sur une période d'un an, il est aussi attendu que la sexualité dans la famille et l'agression sexuelle seront de bons prédicteurs. Le chapitre III de cette thèse porte sur ces objectifs dans un article soumis à la revue *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* qui s'intitule : « Persistence of Problematic Sexual Behavior in Children » (Lévesque, Bigras et Pauzé, soumis).

CHAPITRE II

EXTERNALIZING PROBLEMS AND PROBLEMATIC SEXUAL BEHAVIORS: SAME ETIOLOGY?

Externalizing Problems and Problematic Sexual Behaviors: Same Etiology?

Mireille Lévesque and Marc Bigras

Université du Québec à Montréal

Robert Pauzé

Université de Sherbrooke

Author Note

Mireille Lévesque and Marc Bigras, Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada; Robert Pauzé, Département de Psychoéducation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada.

We thank the families and volunteers who participated in the project.

Correspondence concerning this article should be addressed to Mireille Lévesque, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succursale Centre-ville, Montréal (Québec), H3C 3P8.
E-mail: mirelevesque@gmail.com

Accepted article: Aggressive Behavior

Abstract

The study sought to determine whether maltreatment subtypes, family sexuality and personal characteristics predicted and distinguished child problematic sexual behaviors (PSB) and externalizing problems (EP). Participants were families of 188 children 6 to 11 years old referred by child welfare services in four Quebec districts. Caregivers completed interviews and questionnaires. Results suggested that family environment and maltreatment subtypes had partially different impacts on PSB and EP. When EP and gender were controlled, younger children in a sexualized family environment and those verbally victimized were more likely to exhibit PSB. When PSB and gender were controlled, verbal abuse and neglect emerged as predictors of EP. Potential implications for child PSB research and interventions are discussed.

Keywords: problematic sexual behavior, externalizing problem, maltreatment, family environment

Externalizing Problems and Problematic Sexual Behaviors: Same Etiology?

Children engage in a broad range of sexual behaviors in terms of both type and frequency. For the most part, these fall within the course of normal human sexual development (Friedrich, Fisher, Broughton, Houston, & Shafran, 1998). However, for some children, these behaviors become problematic when they begin to involve body parts (e.g., genitals, anus, buttocks, and breasts) and to be developmentally inappropriate or potentially harmful to them or others (Association for the Treatment of Sexual Abusers [ATSA], 2006). Clinicians and researchers alike have become aware of these problematic sexual behaviors (PSB) over the past 20 years (Araji, 1997; Johnson, 1999). For instance, researchers recognized that children with PSB could be sexual abusers when it was found that children 6 to 12 years of age were responsible for 13% of all sexual abuses committed and that they represented 33% of the sexually aggressive youths under the age of 18 years (Burton, Nesmith, & Badten, 1997; Pithers, Gray, Busconi, & Houchens, 1998a; Vizard, 2006). Child protective services (CPS), for their part, have pointed to PSB as a significant problem for which personnel were ill-trained and families, ill-prepared (Baker, Schneiderman, & Parker, 2001).

Studies that have sought to identify the factors related to child PSB have found a high prevalence of other personal problems such as oppositional behaviors and non-sexual aggression (Bonner, Walker, & Berliner, 1999; Gray, Busconi, Houchens, & Pithers, 1997; Gray, Pithers, Busconi, & Houchens, 1999). Silovsky, Niec, Bard, and Hecht (2007) suggested that PSB in children were similar to other behavior problems in that they involved disinhibition, social rule breaking, and a component of aggression toward self or others. Van Goozen, Cohen-Kettenis, Matthys, and Van Engeland (2002), for their part, indicated that sexuality was an important topic to address in children who presented externalizing problems (EP)

such as conduct disorder and oppositional defiant disorder. These researchers developed a procedure to measure the relative preference for sexual and aggressive stimuli, compared with non-sexual and non-aggressive stimuli, in children with EP versus normal controls. Their results revealed a strong preference in children with EP for viewing sexual slides at an earlier age, whereas sexual interest among normal controls was significantly lower. The authors concluded that children with EP were interested in sexual stimuli at an earlier age than normal children were. They suggested that the manifestation of sexual behaviors was either part of the EP, related to a biological factor in EP children, or the product of prior exposure of EP children to sexual information in their environment.

Several authors have disagreed with the conclusion that PSB and EP constituted one and the same construct. Vizard (2006) considered PSB to be different from EP and suggested adding the former as a new diagnostic category in the future DSM-V. Studies of personal and environmental factors related to PSB and EP have suggested that children with EP were less frequently victimized by adults than were children with PSB (Burton, 1999; Meyer-Bahlburg, Dolezal, & Sandberg, 2000). For example, Burton (1999) found that 84% of children with PSB had a history of physical abuse and 65% had one of sexual abuse, compared with 30% and 19%, respectively, for children with EP. These researchers concurred in recommending that future studies focus on distinguishing the underlying factors that might explain why children with high levels of EP demonstrated little or no PSB, whereas others with high levels of PSB exhibited little or no EP.

Family and Personal Factors Associated with PSB

Research has indicated that children with PSB were likely to live in a sexualized family environment and to have a history of parental maltreatment

(Bonner et al., 1999; Friedrich et al., 1998; Friedrich, Davies, Feher, & Wright, 2003). Family factors such as child maltreatment (neglect and physical, sexual and verbal abuse) and family difficulties characterized by intimate partner violence and socio-economic precariousness have been found to be positively associated with the development of PSB in children (Gray et al., 1997, 1999; Pithers et al., 1998a, 1998b; Silovsky & Niec, 2002). For instance, Bonner et al. (1999) revealed that, in a sample of 201 children with PSB as per CPS report, 48% had been sexually abused, 32% had been physically abused, 35% had been verbally abused, 16% had suffered neglect, and more than 38% were victims of multiple forms of maltreatment. More particularly, studies have reported that from 48% to 100% of children with PSB were sexually victimized in early childhood (Bonner et al., 1999; Friedrich et al., 2001, 2003; Gray et al., 1997, 1999). In comparison, the prevalence of sexual abuse in the general female population has been estimated at 19% to 32% and among men, at approximately 14% (Briere & Elliott, 2003; Cloutier, Martin, & Poole, 2002). It has also been demonstrated that children with PSB were more likely to have experienced co-occurring forms of abuse, typically sexual and physical, than were children with other behavioral problems such as EP (Burton, 1999; Gray et al., 1997).

Family and Personal Factors Associated with EP

The family factors related to EP have been widely studied compared with those related to PSB. A poor family context (e.g., low parental education, low family socioeconomic status, high parental stress), which can lead to inconsistent discipline practices and low parental responsiveness, has been shown to be associated with EP (Ackerman, D'Eramo, Umylny, Schultz, & Izard, 2001; Bradley & Corwyn, 2002; Hodgins, Kratzer, & McNeil, 2001; Shaw & Winslow, 1997). More precisely, research has suggested negative parenting behaviors to be predictive of EP in childhood and even into adolescence (Knutson, DeGarmo, & Reid, 2004; Sheehan &

Watson, 2008). Moreover, marital conflict, especially in the form of verbal abuse, has been associated with a number of child outcomes, including EP (Cummings, Davies, & Campbell, 2000). A relationship has also been found between EP and child maltreatment, more specifically exposure to physical and sexual abuse and neglect (Fogel & Belyea, 2001; Stouthamer-Loeber, Loeber, Homish, & Wei, 2001). In this regard, Sternberg, Baradaran, Abbott, Lamb, and Guterman (2006) reported that children who experienced multiple forms of family violence were at greater risk of behavior problems than those who experienced one form of maltreatment or those who witnessed inter-parental violence. Regarding personal factors, infant temperament and gender have been reported to have an impact on the development of EP (Lahey, Miller, Gorder, & Riley, 1999; Sanson & Prior, 1999). In a literature review, Sanson and Prior (1999) concluded that early temperament (particularly negative emotionality, intense and reactive responding, and inflexibility) was predictive of EP by late childhood. It was also demonstrated that boys were more likely than girls to present EP (Lahey et al., 1999).

Relations Across PSB, Mental Health Difficulties and EP

Children who manifest PSB seem to present other behavioral difficulties as per adult report. For example, Gray et al. (1997) reported that 93% of their sample of children with PSB met a DSM-IV diagnosis and 45% met at least two, including conduct disorder (73%), attention deficit with or without hyperactivity disorder (41%), and oppositional defiant disorder (27%). Gray et al.'s results concurred with those of other studies that found children with PSB more likely to exhibit EP (Bonner et al., 1999; Chromy, 2003; Drach, Wientzen, & Ricci, 2001; Friedrich et al., 2001; Friedrich et al., 2003; Gray et al., 1999; Långstrom, Grann, & Lichtenstein, 2002; Meyer-Bahlburg, Dolezal, Wasserman, & Jaramillo, 1999; Meyer-Bahlburg et al.,

2000). Among children 5 to 11 years old, the link between PSB and EP has been shown to persist over a 15-month period (Meyer-Bahlburg et al., 1999).

What emerged from the literature, then, was that the factors related to PSB and EP overlapped. For example, studies suggested that children with EP and those with PSB both presented higher child maltreatment rates compared with the child general population (Burton, 1999; Finkelhor & Dziuba-Leatherman, 1994). Though previous research did investigate the incidence of EP among children with PSB, no study to our knowledge explored within the same sample the factors predicting PSB and EP, respectively, in order to shed light on the mechanisms involved in these different behaviors. Among other things, it was not clear whether the same maltreatment experiences or the same type of family environment predicted PSB and EP equally. Against this backdrop, we set out to study family sexuality, parental neglect, verbal abuse, and physical and sexual abuse as possible predictors of PSB and EP. Despite the exploratory nature of the research, we nevertheless posited an isomorphism between predictors and actual behavioral manifestations. Accordingly, we hypothesized that sexual abuse and family sexuality would be a better predictor of PSB whereas other forms of maltreatment, such as physical abuse, would be more strongly associated with EP.

Method

Participants

The data for our research derived from a broader study undertaken in the Canadian province of Quebec by Pauzé, Toupin, Déry, Mercier, and Joly (2004). The participants in this other study were children and their families referred to CPS under the provisions of the Youth Protection Act, the Youth Criminal Justice Act and An Act Respecting Health Services and Social Services regarding the placement of

children and youths. The CPS agency in Quebec is mandated by government to provide specialized help and protection to youths with major difficulties and their families. The children and families who took part in the Pauzé et al. (2004) study were selected from the weekly list of all new cases in four of the province's administrative districts over a period of one year. All cases on this list were possible participants in our study.

In all, 1845 families were thus contacted. Within these, 756 caregivers (41%) agreed to participate in the study with their children (0-17 years old). The main reasons for non-participation were caregiver refusal (31.2%), failure to reach caregiver over a one-month period or lack of phone contact (11.6%), and CPS veto on account of a poor family situation (7.0%). The age distribution of the sample was as follows: 21% of the children were 0-5 years old ($n = 160$), 25.2% were 6-11 years old ($n = 188$) and 53.8% were 12-17 years old ($n = 408$). To render the sample representative of the CPS clientele, the age groups were weighted by district, legal context of care and gender.

For our study, we focused on the subgroup of children 6 to 11 years old ($n = 188$). The most common reasons that led CPS to take charge of these children, after investigation and pursuant to the provisions of Quebec law, were as follows: parental neglect (41%), sexual abuse (9%), physical abuse (6%), conduct disorder (6%) and verbal abuse (1%). The remaining children (37%) were taken on following a voluntary caregiver request for health and social services. At intake, 60% of the children lived with their biological parents and 40% had been placed in a substitute living environment.

The caregivers of the children completed all the measures at home with an interviewer. The caregiver invited to complete the questionnaires was the one who

had been most frequently in contact with the child in the past year, whether or not he or she had legal custody. This proved to be the natural or adoptive mother of the child in 83% of the cases, the natural or adoptive father in 14% of the cases, and another parental figure in 3% of the cases. The caregivers received \$25 for their participation.

Measures

Child Behavior Checklist. This is a widely used measure of severity of child behavior problems (Achenbach, 1991) completed by caregivers. Respondents rate how each of the 113 childhood behavior problems (EP and internalizing problems) and social competences applied to their children in the past six months on a three-point scale of 0 (*not true - as far as you know*), 1 (*somewhat or sometimes true*) and 2 (*very true or often true*). The Child Behavior Checklist (CBCL) distinguishes EP from internalizing problems and uses eight problem syndrome subscales (i.e., Anxious/Depressed, Somatic Complaints, Withdrawn, Aggression, Delinquency, Social Problems, Thought Problems, and Attention Problems). The instrument demonstrated good internal consistency (alphas from .78 to .97), stability (correlations from .95 to 1.00), and inter-rater reliability (correlations from .93 to .96). Construct validity was found to be acceptable (Achenbach, 1991).

Child Sexual Behavior Inventory. The Child Sexual Behavior Inventory (CSBI) is a caregiver-completed instrument used to assess presence and frequency of a range of child sexual behaviors in the past six months (Friedrich, 1997). The CSBI comprises 38 sexual-behavior items rated on a four-point scale from 0 (*never*) to 3 (*at least once per week*). The instrument demonstrated good internal consistency (alphas from .72 for a normative sample to .93 for a clinical sample), stability (correlation of .91 after two weeks) and inter-rater reliability for mother-father pairs married and living together (correlation of .79). Construct validity proved good (Friedrich et al., 2001).

Friedrich (1997) built the instrument to evaluate the frequency of both normal sexual behaviors and PSB in children. However, as the aim of our study was to identify predictors of PSB, use of the CSBI total score to determine presence of PSB was inadequate. Consequently, we brought together a panel of seven professionals (1 researcher, 2 psychologists, 1 pediatrician and 3 graduate students) to identify the CSBI items most likely to measure PSB based on the definition of PSB formulated by the Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA, 2006). Reliability analysis of the 14 items thus selected (Table 1) yielded a Cronbach's alpha of .76. On the basis of these items, any child who manifested one or more of the behaviors was considered to present PSB. The correlation between the sum of the selected CSBI items and the score on the CBCL Sex Problems scale was good, $r = .60, p < .001$. This result lent support to our items selection, as we expected the correlation to be neither perfect nor nil.

Family sexuality. A brief measure of the child's exposure to sexuality at home in the past six months was obtained through five additional CSBI items (Table 2). Caregivers had to indicate whether certain situations involving sexual matters applied at home (co-sleeping, co-bathing, witnessing intercourse, availability of pornography, and family nudity). The scale's alpha coefficient (.49) was poor.

Neglect. Parental neglect was evaluated with the Alabama Parenting Questionnaire (APQ). The APQ identifies parenting practices likely to lead to behavior problems in children 6 to 12 years of age (Frick, 1991). The 42-item scale measures six distinct dimensions, namely, parental involvement, positive parenting, poor monitoring/supervision, inconsistent discipline, corporal punishment and other disciplinary practices. The psychometric assessment of the instrument by Shelton, Frick, and Wootton (1996) revealed good stability (correlations from .66 to .89 after two weeks) and internal consistency (alphas from .67 to .80 for all scales, though

three items regarding corporal punishment were poor at .46). Construct validity proved good. For our study, only one of the scales was used, namely, the one concerning lack of supervision. Referring to the definition of neglect put forth by Straus and Kaufman (2004), we used this scale as a measure of caregiver supervisory neglect towards the child.

Child Sexual Abuse. Caregivers completed a questionnaire on the child's sexual abuse history, which was an adaptation of two distinct instruments, namely, the Incest History Questionnaire (Courtois, 1988; Thériault, Cyr, & Cinq-Mars, 1997) and the Parental Reaction to Disclosure Scale (PRADS; Everson, Hunter, & Runyan, 1989; Thériault, Cyr, & Wright, 1996). It consisted of a semi-structured interview covering 61 questions about any sexual abuse suffered by the child. The dimensions examined included family situation, circumstances of abuse, identity and characteristics of perpetrator, age of child at time of abuse, disclosure and its consequences. For our study, only the item investigating lifetime occurrence of sexual abuse was used. Reliability and validity measures were not available for the PRADS and the Incest History Questionnaire at time of writing.

Conflict Tactics Scales. Childhood experiences of verbal and physical maltreatment were assessed through the verbal aggression (threatened, insulted, mocked) and physical aggression (slapped, struck by hand, beaten) scales of the Conflict Tactics Scales (Straus, Hamby, Finkelhor, Moore, & Runyan, 1998). Caregivers completed the 10 short-form items on a 5-point scale. These serve to determine whether the respondent or another adult of the household committed an act of physical or verbal abuse toward the child. Straus et al. (1998) indicated good construct validity and estimated moderately good internal consistency (alphas from .58 to .68). McGuire and Earls (1993) observed a temporal stability correlation of .49

(test-retest after four weeks). The two variables of verbal and physical abuse are dichotomized according to presence/absence in the child.

Data Analyses

Assumptions. Prior to testing the predictors of PSB versus those of EP, we inspected the variables to assess the assumptions of multivariate analysis such as linearity, multivariate normality, homoscedasticity, and multicollinearity. Preliminary analyses revealed that the distribution of scores as well as other assumptions seemed adequate for all variables except PSB. Because of the skewed distribution of PSB, use of the sum of the 14 selected CSBI items was not adequate. Consequently, we formed two groups of children: with PSB and without PSB.

Chi-square tests were run on categorical data, point biserial correlations on continuous independent variables for bivariate hypotheses, and ANOVAs for multivariate hypotheses. Lastly, we ran two logistic regressions to examine how caregiver maltreatment (sexual abuse, physical abuse, verbal abuse and neglect) and family sexuality predicted two different outcomes, namely, PSB and EP.

Results

Initial Analyses

Descriptive statistics. Of the 188 children in the sample, 54 presented PSB ($M = 3.85$, $SD = 3.94$) and 134 did not ($M = 0$, $SD = 0$), while 113 presented EP ($M = 73.38$, $SD = 6.14$) and 75 did not ($M = 51.92$, $SD = 7.40$). Their mean age was 8.93 years ($SD = 1.79$). No age difference emerged between children with PSB and those without or between children with EP and those without. The gender split was 61% boys and 39% girls. The chi-square analysis revealed a significant relation between

gender and presence of PSB, $\chi^2(1, N = 188) = 5.73, p = .02$. In terms of odds ratios (OR), boys were 2.32 times as likely as girls to present PSB. There were also proportionally more boys than girls who presented EP, $\chi^2(1, N = 188) = 12.25, p < .001$. The OR in this case showed that boys were 2.92 times as likely as girls to exhibit EP. Finally, 85% of the children with PSB also manifested EP, while only 41% of the children with EP also presented PSB.

PSB and family sexuality. Table 1 gives the number of children in the sample to whom the selected CSBI items applied. Regarding the most prevalent PSB, we noted that one child out of four touched or tried to touch women's breasts or the sex parts of an adult, child or animal. Then, one child out of seven to eight manifested sexual behaviors towards self, such as touching sex parts in public or showing sex parts to adults or children, once a month or more. Coercive sexual acts were less common, as only 6% of the sample tried to undress other children or adults against their will. Surprisingly, 17% of the children had either tried to have intercourse with other children or adults, asked to do so, or had put their mouth on the sex parts of other children or adults.

Regarding family sexuality (exposure to nudity and sexual acts), Table 2 shows how many children in the sample met the items of the scale, overall and by presence and absence of EP and PSB. In the past six months, 31 (16%) children witnessed their parents having sexual intercourse, 13 (7%) had access to pictures of nude people at home, 54 (29%) spent the night in their parents' bed, 96 (51%) saw naked adults, and 38 (20%) bathed or showered with an adult. A point biserial correlation analysis revealed a significant relationship between family sexuality and presence of PSB, $r = .32, p < .001$.

Chi-square tests run to analyze differences between observed and expected frequencies on the family-sexuality items showed that there were no statistically significant inter-gender differences on each item, but there were four statistically significant differences between children with and without PSB. The relation between children with PSB and the item "My child has seen his/her parents having sex" was significant, $\chi^2(1, N = 188) = 15.41, p < .001$; children with PSB were 4.62 times (OR) as likely to be exposed to this behavior. There was also a significant relation between children with PSB and the item "If my child wishes, he/she can spend all or part of the night in his/her parents' bed", $\chi^2(1, N = 188) = 6.95, p = .01$. Children with PSB were 2.44 times (OR) as likely to have co-slept with caregivers. The relation between children with PSB and the item "In the past six months, my child has seen a naked adult (me or others)" proved significant, $\chi^2(1, N = 188) = 11.01, p = .001$. These children were 3.07 times (OR) as likely to have been exposed to adult nudity. Finally, a significant relation emerged between the item "In the past six months, my child has taken a bath or shower with an adult" and children with PSB, $\chi^2(1, N = 188) = 5.84, p = .02$. These children were 2.45 times (OR) as likely to have co-bathed. However, only one statistically significant difference was observed on these items between children with and without EP. The relation between children with EP and the item "My child has seen his/her parents having sex" was significant, $\chi^2(1, N = 188) = 6.53, p = .01$. These children were 3.27 times (OR) as likely to have been witness to this.

Maltreatment. Nearly two thirds (64%) of the children experienced physical abuse in the past year, nearly one third (31%) experienced verbal abuse in the same period, and nearly one quarter (23%) had a lifetime history of sexual abuse. Given that research on the instrument's standards had yet to set a cutoff score, we could not determine the proportion of children who suffered from clinical-level neglect. Chi-square analyses were run to examine the relationships between the three dichotomized variables of maltreatment (physical, sexual and verbal abuses),

respectively, and the PSB variable. A significant relation emerged between physical abuse in the past year and presence of PSB, $\chi^2(1, N = 188) = 9.90, p < .01$. Children who were physically abused in the past year were 3.3 times (OR) more likely to manifest PSB than those who were not. There was also a significant relation between verbal abuse in the past year and presence of PSB, $\chi^2(1, N = 188) = 26.99, p < .001$. Children who were verbally abused in the past year were 5.71 times (OR) more likely to manifest PSB than those who were not. The chi-square analysis of sexual abuse and presence of PSB yielded no significant relation. Finally, the association between PSB and neglect scores was significant, $r = .21, p < .01$.

Problem behaviors. Point biserial correlation analyses were run to assess the association between PSB (dichotomous dependent variable) and scores on the three CBCL scales (total, EP, internalizing problems) and eight subscales (continuous variables). All correlations proved moderate but significant: Withdrawn, $r = .26, p < .001$; Anxious/Depressed, $r = .37, p < .001$; Somatic Complaints, $r = .29, p < .001$; Social Problems, $r = .30, p \leq .001$; Thought Problems, $r = .35, p < .001$; Attention Problems, $r = .34, p \leq .001$; Delinquency, $r = .40, p < .001$; Aggression, $r = .40, p < .001$; EP, $r = .41, p < .001$; Internalizing Problems, $r = .33, p \leq .001$; Total CBCL scale, $r = .40, p < .001$.

Prediction of PSB and EP

Predictors of child PSB and child EP. To examine how family and maltreatment factors predicted PSB and EP specifically, two different statistical analyses were run. In the light of the positive correlation between PSB and EP, we carried out two distinct logistic regression analyses, one on each variable while controlling the other. Also, though gender, a key personal factor to consider, could not be controlled at the sampling stage, it was subsequently controlled statistically. A first block contained these controlled variables (EP/PSB and gender) and a second

block included the four subtypes of maltreatment (physical, sexual and verbal abuse, and neglect), age and family sexuality. The continuous independent variables used were neglect, age and family sexuality. We dichotomized the dependent variables of the two logistic regressions (with and without PSB for the first, with and without EP for the second). There were four dichotomous independent variables to begin with: gender and sexual, physical and verbal abuse.

Predictors of child PSB. Block 1 results (Table 3) showed that the change in the amount of information explained by the model was significant after EP and gender were added, Block $\chi^2(2, N = 188) = 38.30, p < .001$. Only EP significantly predicted PSB in children, $B = 0.10, p < .001$. The OR was 1.10.

Block 2 results indicated a significant improvement with the addition of verbal, sexual and physical abuse, neglect, age and family sexuality as predictors, Block $\chi^2(6, N = 188) = 31.93, p < .001$. The model obtained explained 45% of the variance in the presence of PSB in children under the care of CPS. The children exposed to sexuality in the family, $B = 0.51, p \leq .01$, and those verbally abused, $B = 1.00, p < .05$, were more likely to belong to the PSB group. The OR were 1.66 and 2.71, respectively. Younger children, $B = -0.30, p \leq .05$, for their part, were 1.35 times as likely to belong to the PSB group. Finally, based on the classification table (Table 4), the model correctly classified 83.3% of the cases via the six predictors. In other word, the prediction power of the model was very good. However, the model was more accurate in predicting children without PSB than those with PSB (92.4% and 61.1%, respectively).

Predictors of child EP. Block 1 results (Table 5) revealed that the change in the amount of information explained by the model when PSB and gender were controlled was significant, Block $\chi^2(2, N = 188) = 30.11, p < .001$. Both PSB, $B =$

1.66, $p < .001$, and gender, $B = -0.89$, $p < .01$, significantly predicted EP in children. Children with PSB were 5.28 times as likely as those without to present EP. Boys, for their part, were 2.44 times as likely as girls to belong to the EP group.

Block 2 results indicated a significant improvement in the regression model with the addition of verbal, sexual and physical abuse, neglect, age and family sexuality as predictors, Block $\chi^2(6, N = 188) = 25.17$, $p < .001$. The model obtained explained 35% of the variance in the presence of EP in children under the care of CPS. Children exposed to verbal abuse were more likely to belong to the EP group, $B = 1.48$, $p \leq .001$, OR = 4.37, than were those who lacked discipline, $B = .64$, $p \leq .01$, OR = 1.90. Finally, based on the classification table (Table 6), the model correctly classified 69% of cases via the six predictors. In other words, the prediction power of the model was moderately good. However, the model was more accurate in predicting children with EP than those without (75.7% and 60.0%, respectively).

Discussion

In the light of the relation between PSB and EP reported in previous studies, we controlled EP to gain a better understanding of the specific contribution of predictors of PSB. Also, given differences in personal characteristics, we controlled gender in the sample to align the data with earlier research. Our results suggest that PSB and EP share a partial common etiology, as they differ on some factors but are similar on others. In fact, the results confirm to a certain extent our isomorphism hypothesis: When EP and gender are controlled, young age, explicit family sexuality, and presence of verbal abuse predict PSB whereas, when PSB and gender are controlled, presence of neglect and verbal abuse predict EP. Indeed, PSB seems to be more strongly associated with family sexuality, while EP is with neglect: Presence of verbal abuse is the only significant predictor common to PSB and EP. Moreover, the

relation observed here between PSB and EP is only moderate, which militates in favor of the hypothesis that the two are distinct. However, these results are mitigated by the data showing that most children with PSB also present EP (85%).

The proportion of children in the sample with PSB (29%) is in the range of other studies involving similar populations. In fact, the literature estimates that from 11% to 30% of children in CPS exhibit PSB (Baker et al., 2001; Friedrich et al., 2005). Consequently, our definition of PSB seems suitable and valid, as our results are in line with those of previous studies and answer our research question satisfactorily. However, the definition of PSB remains a matter of debate in this area of research.

Our results show that boys are more likely to have PSB than girls are. This is consistent with the general tendency in boys to manifest more PSB and EP, compared with girls (American Psychiatric Association, 2000; Byrnes, Miller, & Schafer, 1999). In this regard, boys may express more sexually aggressive behaviors (use of force or coercion to obtain sexual stimulation from adults or other children) that are more easily spotted by adults. Given the tendency in girls generally to present more internalizing behaviors than boys do, girls may engage in intrapersonal PSB that does not involve others (excessive masturbation, inserting objects in anus or vagina). Consequently, it is difficult to say whether this inter-gender difference is due to how PSB is measured or whether it reflects the actual state of affairs. We posit that existing instruments of measure cannot adequately capture self-directed behaviors. A multi-informant strategy and direct observation of child behavior would make for a more comprehensive evaluation.

The results of the logistic regression analysis aimed at predicting PSB when EP and gender are controlled show three of the six factors to be associated with a

higher risk of presenting PSB: sexualized family environment, younger age, and verbal abuse. We also found family sexuality, defined as exposure to human sexuality by Bonner et al. (1999) and to various sexual activities by Friedrich et al. (1998; 2003), to be significant factors. Research has demonstrated childhood family environment to have an influence on various difficulties (Aguilar, Sroufe, Egeland, & Carlson, 2000; Moffitt & Caspi, 2001; Paterson & Sanson, 1999) and to have a modeling effect on PSB (Friedrich et al., 1998). In addition, problems that children have with respect to the personal boundaries of their peers may be a case of emulating the sexuality witnessed and experienced within the family. Indeed, research suggests that these family practices can augment confusion and anxiety about sexual boundaries (Friedrich, 2002; Johnson, 1999).

Contrary to previous studies (Bonner et al., 1999; Friedrich et al., 2003; Hall, Mathews, & Pearce, 1998, 2002), we noted that children who had suffered verbal abuse were more likely to present PSB. This subtype of maltreatment has been the focus of less attention compared with sexual abuse and other disorders in relation to PSB. It seems that the effects of verbal abuse have been underestimated not only in past research but also in the legal system (Hart, Brassard, Binggeli, & Davidson, 2002). Hart et al. (2002) suggested that a growing number of researchers were pointing to the long-term impact of verbal abuse. In fact, the existing knowledge base suggests that this form of child abuse carries the broadest range of negative developmental consequences of the most severe and most enduring sort (Hart, Binggeli, & Brassard, 1998). Particularly, children who experience verbal abuse are more likely to develop low self-esteem, to become angry and to be prone to aggressiveness (Herrenkohl, Herrenkohl, Rupert, Egolf, & Lutz, 1995; Ney, Fung, & Wickett, 1994). However, the mechanisms whereby verbal abuse affects PSB are unknown. In the light of the literature demonstrating the destructive impact of verbal abuse on self-confidence and self-esteem, aside from placing children in a position of

submission (Hart et al., 1998; Herrenkohl et al., 1995; Ney et al., 1994), PSB could be an aggressive reaction to intolerable feelings, such as helplessness, inadequacy and anxiety.

The finding that sexual abuse is not an etiologic factor in child PSB came as a surprise given that PSB research has frequently focused attention on the potential relation with sexual abuse (Friedrich et al., 2003; Friedrich et al., 2001). However, certain previous studies found no relation between sexual abuse and PSB or noted that most children with PSB had not been sexually abused (Bonner et al., 1999; Drach et al., 2001; Lightfoot & Evans, 2000; McNichol & McGregor, 1999; Silovsky & Niec, 2002). Nevertheless, childhood sexual abuse (CSA) has been associated with sexual offending among adolescents (Kobayashi, Sales, Becker, Figueredo, & Kaplan, 1995; Righthand & Welch, 2004). Moreover, the prevalence of CSA among juvenile sex offenders ranges from 40% to 80% (Becker & Hunter, 1997; Matthews, Hunter, & Vuz, 1997). We obtained a much lower rate of CSA in our sample (23%), suggesting that this is not a sufficient factor to predict PSB. Rather, as mentioned earlier, certain family factors such as exposure to sexual material and verbal abuse are more strongly associated with the manifestation of PSB. Bonner et al. (1999), also, supported this idea. They considered that CSA might accrue the likelihood of PSB in children but that CSA alone was not a necessary or sufficient factor to explain PSB. Alternatively, these results may suggest that we need to carry out longitudinal studies to determine whether sexually abused children with PSB are more likely to persist with their PSB into adolescence. Furthermore, it is possible that in a population suffering from severe mental disorder or abuse, other forms of victimization have a greater impact on the manifestation of PSB than does sexual abuse alone.

We found, also, that younger children are more likely to present PSB. Previous studies noted that younger children tended to manifest more PSB than older

children did and that the tendency declined with age (Bonner et al., 1999; Chromy, 2003; Friedrich et al., 2003). Similarly, preschoolers have been reported to engage in more sexual behaviors, consistent with their developmental stage, than older children do (Friedrich et al., 1998). It may be that for some children in vulnerable populations, PSB are a developmental challenge, which is why they decrease with age. Although child development generally follows a stable course, deviations normally can be attributed to specific personal, family and environmental characteristics. For example, in the presence of family and personal difficulties, children may find themselves in a vulnerable position to meet developmental challenges. Developmental requirements and adverse life events may produce negative emotional states that generate an internal tension that in turn leads these children to seek out strategies to alleviate the strain they feel (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001). Consequently, PSB could constitute a harmful and inappropriate coping mechanism that children employ to deal with difficult emotional states. Longitudinal studies are needed to clarify changes in PSB across child development and to determine whether children who persist are those who had or will have more serious PSB.

Furthermore, our results show two of the six factors examined to be associated with increased risk of being in the EP group when PSB and gender are controlled, namely, neglect and verbal abuse. Lack of parental supervision seemed to emerge as one of the stronger determinants of EP. In other words, when caregivers are absent or cannot lay down limits to child behaviors, EP are more likely to appear. In this context, children are not given the opportunity to learn little by little that their behaviors are inappropriate and, thus, EP are reinforced and continue to develop owing to the lack of parental restrictions. Our findings are in keeping with those of previous research on behavior problems according to which neglected children present more EP than do non-neglected children (De Paul & Arruabarrena, 1995). However, studies have generally found that although neglected children are more

likely to present behavioral problems than are non-abused children, they are significantly less so than are their physically abused peers (Finzy, Har-Even, Shnit, & Weizman, 2002; Manly, Kim, Rogosch, & Cicchetti, 2001). Surprisingly, physical abuse did not emerge as a significant predictor of EP in our study.

As mentioned earlier, past studies have found verbal abuse to be associated with behavioral problems, such as aggressiveness (Herrenkohl et al., 1995; Ney et al., 1994). Hart et al. (2002) indicated that the negative effects of verbal abuse on children were similar to those of physical abuse. Although verbal abuse does not involve physical injury, it could hurt at a deeper level and undermine self-esteem (Herrenkohl et al., 1995; Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1996). In addition, this subtype of maltreatment is perpetrated by people closest to children, their caregivers, those they should most appreciate and love. We posit that the emotional impact of this is stronger and more harmful on the child than if strangers were the perpetrators. In the face of mixed feelings difficult to tolerate, children seem inclined to engage in aggressive behaviors, such as EP.

The results of our study contribute to the development of a better understanding of child PSB and EP and shed new light on the potential factors underlying these phenomena. They substantiate only in part the hypothesized isomorphism between the family and maltreatment predictors of PSB and EP, as verbal abuse proved common to both. Also, there is considerable overlap between PSB and EP, as most children with the former also present the latter. However, a clearly different portrait of PSB predictors emerged, dominated by younger age and living in a sexualized family environment. Neglect proved the sole predictor unique to EP. Other authors (Silovsky et al., 2007; Van Goozen et al., 2002) have suggested that PSB might be part of a larger constellation of child behavioral disorders. Our results, however, appear to indicate that children with EP are more likely to act out

sexually when they are exposed to a sexualized family environment and when they are younger. They do not appear inclined to act out sexually in the absence of these factors, which instead seem to potentiate PSB.

Our results suggest that the best predictors of EP consist of a combination of verbal abuse and poor supervision. This converges with the findings of earlier works in this vast field of research (De Paul & Arruabarrena, 1995; Hart et al., 2002; Patterson, DeBaryshe, & Ramsey, 1989). According to these, a family dynamics characterized by an unpredictable to-and-fro between ignoring children's needs and reprimanding them seems to foster the expression of anger and opposition in children. Verbal abuse emerged also among children with PSB but, unlike those with EP, their families did not appear to be so neglectful. This suggests that children with PSB do not suffer from parental neglect to the same degree as do those with EP, although the former are more exposed to exchanges of a sexual nature between their parents. The verbal abuse experienced by children with PSB is an issue that needs to be investigated further in future research. For example, it would be interesting to know whether these are specific verbalizations that spring from conflicts generated by violations of the boundary between the conjugal and parental subsystems.

The results of our study carry potential implications for early identification and intervention regarding children at risk of developing PSB. For example, it might be worthwhile to assess children referred to CPS and mental health services for PSB as a matter of routine protocol. The information obtained could be used for the purposes of differential assessment, especially as regards children with EP. Professionals might also want to further investigate the family environment of these children, as presence of exposure to nudity and sexual acts merits special consideration.

Limitations and Future Research

Our study presents certain limitations that must be considered in interpreting our findings. First, our sample selection may limit the generalizability of our findings to the general population as participants were all children referred by CPS and many had experienced maltreatment. Another limitation arises from the fact that the study rests on caregiver report of child behavior, child maltreatment and family environment. If respondents were involved in child maltreatment, the quality of the data thus obtained may have been tainted. However, we believe that the promise to keep all reports confidential and the fact that the researchers were independent of CPS lends validity to the data under the circumstances. Given certain other limitations inherent in the use of CPS data, we opted to use caregiver self-report. More specifically, cases reported to CPS might reflect more severe forms of maltreatment, which means that less severe events are less likely to be flagged and investigated (Barnett, Manly, & Cicchetti, 1993; English, 1997). Under these circumstances, CPS data on maltreatment might yield a picture that underestimates the severity or co-occurrence of the forms of maltreatment suffered by certain children.

Caregiver report may also explain why the alpha for the scale used to measure family sexuality was relatively weak: Respondents might answer certain questions about their sexuality more candidly than others. As these questions may have different meanings depending on the social and cultural background, it is important to exercise caution in interpreting, for example, the link between co-sleeping and PSB in children. However weak our measure may be, the fact remains that the statistically significant relation between a more sexualized family environment and a more pronounced manifestation of sexual behaviors in maltreated children is a finding that merits the attention of researchers and clinicians alike. Another limitation concerns

the co-occurrence of different maltreatment subtypes. As many children seem to be maltreated in multiple ways, the specific contribution of each form of maltreatment to PSB or EP may be difficult to determine. For example, although physical abuse did not emerge as a predictor of PSB, it might still contribute to it in some way, as our univariate analyses (chi-square) would suggest. Finally, our measure examined only one component of neglect, namely, supervisory neglect. This could be considered as a narrow operationalization of the concept of neglect. However, we wished to avoid using an overly vague definition of neglect of the sort often criticized in the scientific literature (Zuravin, 1999). We therefore chose to study supervisory neglect, which is precisely what children with EP seems to be the victim of (Rutter, Giller, & Hagell, 1998). However, we cannot rule out that other forms of neglect might discriminate between children with EP and PSB.

Future research should, through the use of multiple respondents, seek more detailed and complete information about the context in which sexual behaviors emerge and persist. As already mentioned, research would stand to benefit also from a common definition of PSB. In this connection, future research should aim to improve how PSB are measured. Our study, for example, would have gained from a second confirmatory measure of maltreatment subtypes on the basis of child report. It would be interesting also for future research to explore the characteristics of children with persistent PSB. Longitudinal studies are required to determine whether these childhood behaviors persevere over time and, if so, who are the children or what are the PSB subtypes most likely to worsen.

References

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ackerman, B. P., D'Eramo, K. S., Umylny, L., Schultz, D., & Izard, C. E. (2001). Family structure and externalizing behavior of children from economically disadvantaged families. *Journal of Family Psychology, 15*, 288-300.
- Aguilar, B., Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. (2000). Distinguishing the early-onset/persistent and adolescent-onset antisocial behavior types: From birth to 16 years. *Development and Psychopathology, 12*, 109-132.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Araji, S. K. (1997). *Sexually aggressive children: Coming to understand them*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Association for the Treatment of Sexual Abusers (2006). *Report of the Task Force on Children with Sexual Behavior Problems*. Beaverton, OR: Author.
- Baker, A. J. L., Schneiderman, M., & Parker, R. (2001). A survey of problematic sexualized behaviors of children in the New York City child welfare system: Estimates of problem, impact on services, and need for training. *Journal of Child Sexual Abuse, 10*, 67-80.

- Barnett, D., Manly, J. T., & Cicchetti, D. (1993). Defining child maltreatment: The interface between policy and research. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Child abuse, child development, and social policy* (pp. 7–74). Norwood: Ablex.
- Becker, J. V., & Hunter, J. A. (1997). Understanding and treating child and adolescent sexual offenders. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology: Vol. 19* (pp. 177–197). New York: Plenum Press.
- Bonner, B. L., Walker, C. E., & Berliner, L. (1999). *Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment. Final Report, Grant No. 90-CA-1469*. Washington, DC: Administration of Children, Youth, and Families, DHHS.
- Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology*, 53, 371–399.
- Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1205–1222.
- Burton, D. L. (1999). An examination of social cognitive theory with differences among sexually aggressive, physically aggressive and nonaggressive children in state care. *Violence and Victims*, 14, 161–178.
- Burton, D. L., Nesmith, A. A., & Badten, L. (1997). Clinician's views on sexually aggressive children and their families: A theoretical exploration. *Child Abuse & Neglect*, 21, 157–170.

- Byrnes, J. P., Miller, D. C., & Schafer, W. D. (1999). Gender differences in risk taking: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 367-383.
- Chromy, S. J. (2003). Indicators and predictors of sexual behavior problems in sexually abused children: Psychological, behavioral and victimization characteristics. *Dissertation Abstracts International: Section A. The Humanities and Social Sciences*, 64(02), 406.
- Cloutier, S., Martin, S. L., & Poole, C. (2002). Sexual assault among North Carolina women: Prevalence and health risk factors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 265-271.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127.
- Courtois, C. A. (1988). *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy*. New York: Norton.
- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process: Theory, research, and clinical implications*. New York: The Guilford Press.
- De Paul, J., & Arruabarrena, M. I. (1995). Behavior problems in school-aged physically abused and neglected children in Spain. *Child Abuse & Neglect*, 19, 409-418.

- Drach, K. M., Wientzen, J., & Ricci, L. R. (2001). The diagnostic utility of sexual behavior problems in diagnosing sexual abuse in a forensic child abuse evaluation clinic. *Child Abuse & Neglect*, 25, 489-503.
- English, D. J. (1997). Current knowledge about CPS decision-making. In T. D. Morton & W. Holder (Eds.), *Decision-making in children's protective services: Advancing the state of the art* (pp. 56-74). Atlanta: Child Welfare Institute.
- Everson, M. D., Hunter, W. M., & Runyan, D. K. (1989). *Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale (PRADS) (measure instrument)*. Chapel Hill: University of North Carolina.
- Finkelhor, D., & Dziuba-Leatherman, J. (1994). Victimization of children. *American Psychologist*, 49, 173-183.
- Finzy, R., Har-Even, D., Shnit, D., & Weizman, A. (2002). Psychosocial characterization of physically abused children from low socioeconomic households in comparison to neglected and nonmaltreated children. *Journal of Child and Family Studies*, 11, 441-453.
- Fogel, C. I., & Belyea, M. (2001). Psychological risk factors in pregnant inmates: A challenge for nursing. *American Journal of Maternal/Child Nursing*, 26, 10-16.
- Frick, P. J. (1991). *The Alabama Parenting Questionnaire*. Unpublished rating scale, University of Alabama.

- Friedrich, W. N. (1997). *Child Sexual Behavior Inventory: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Friedrich, W. N. (2002). *Psychological assessment of sexually abused children and their families*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Friedrich, W. N., Baker, A. J. L., Parker, R., Schneiderman, M., Gries, L., & Archer, M. (2005). Youth with problematic sexualized behaviors in the child welfare system: A one-year longitudinal study. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 391-406.
- Friedrich, W. N., Davies, H., Feher, E., & Wright, J. (2003). Sexual behavior problems in preteen children: Developmental, ecological, and behavioral correlates. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989, 95-104.
- Friedrich, W. N., Fisher, J., Broughton, D., Houston, M., & Shafran, C. R. (1998). Normative sexual behavior in children: A contemporary sample. *Pediatrics*, 101, 9-16.
- Friedrich, W. N., Fisher, J. L., Dittner, C. A., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., et al. (2001). Child sexual behavior inventory: Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment*, 6, 37-49.
- Gray, A., Busconi, A., Houchens, P., & Pithers, W. D. (1997). Children with sexual behavior problems and their caregivers: Demographics, functioning, and clinical patterns. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9, 267-290.

- Gray, A., Pithers, W. D., Busconi, A., & Houchens, P. (1999). Developmental and etiological characteristics of children with sexual behavior problem: Treatment implications. *Child Abuse & Neglect*, 23, 601-621.
- Hall, D. K., Mathews, F., & Pearce, J. (1998). Factors associated with sexual behavior problems in young sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 22, 1045-1063.
- Hall, D. K., Mathews, F., & Pearce, J. (2002). Sexual behavior problems in sexually abused children: A preliminary typology. *Child Abuse & Neglect*, 26, 289-312.
- Hart, S. N., Binggeli, N. J., & Brassard, M. R. (1998). Evidence of the effects of psychological maltreatment. *Journal of Emotional Abuse*, 1, 27-58.
- Hart, S. N., Brassard, M. R., Binggeli, N. J., & Davidson, H. A. (2002). Psychological maltreatment. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (2nd ed., pp. 79-104). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Herrenkohl, E. C., Herrenkohl, R. C., Rupert, L. J., Egolf, B. P., & Lutz, J. G. (1995). Risk factors for behavioral dysfunction: The relative impact of maltreatment, SES, physical health problems, cognitive ability, and quality of parent-child interaction. *Child Abuse & Neglect*, 19, 191-203.
- Hodgins, S., Kratzer, L., & McNeil, T.F. (2001). Obstetric complications, parenting, and risk of criminal behavior. *Archives of General Psychiatry*, 58, 746-752.

- Johnson, T. C. (1999). *Understanding your child's sexual behaviour: What's natural and healthy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Knutson, J. F., DeGarmo, D. S., & Reid, J. B. (2004). Social disadvantage and neglectful parenting as precursors to the development of antisocial and aggressive child behavior: Testing a theoretical model. *Aggressive Behavior*, 30, 187–205.
- Kobayashi, J., Sales, B. D., Becker, J. V., Figueredo, A. J., & Kaplan, M. S. (1995). Perceived parental deviance, parent-child bonding, child abuse, and child sexual aggression. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 7, 25–43.
- Lahey B. B., Miller, T. L., Gordon, R. A., & Riley, A. W. (1999). Developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders. In H. C. Quay & A. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders* (pp. 23–48). New York: Plenum.
- Långstrom, N., Grann, M., & Lichtenstein, P. (2002). Genetic and environmental influences on problematic masturbatory behavior in children: A study of same-sex twins. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 343–350.
- Lightfoot, S., & Evans, I. M. (2000). Risk factors for a New Zealand sample of sexually abusive children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1185–1198.

- Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology, 13*, 759-782.
- Matthews, R., Hunter, J. A., & Vuz, J. (1997). Juvenile female sexual offenders: Clinical characteristics and treatment issues. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 9*, 187-199.
- McGuire, J., & Earls, F. (1993). Exploring the reliability of measures of family relations, parental attitudes, and parent-child relations in a disadvantaged minority population. *Journal of Marriage and the Family, 55*, 1042-1046.
- McNichol, S., & McGregor, K. J. (1999). Exploring the link between sexualized behavior and sexual abuse in a clinical setting. *Child Abuse Review, 8*, 339-348.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Curtis, L., Dolezal, G. A., Wasserman, B., & Jaramillo, M. (1999). Prepubertal boys' sexual behavior and behavior problems. *AIDS Education and Prevention, 11*, 174-186.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., & Sandberg, D. E. (2000). The association of sexual behavior with externalizing behaviors in a community sample of prepubertal children. *Journal of Psychology & Human Sexuality, 12*, 61-79.
- Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescent-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology, 13*, 355-375.

- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect*, 17, 623-640.
- Ney, P. G., Fung, T., & Wickett, A. R. (1994). The worst combinations of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 18, 705-714.
- Paterson, G., & Sanson, A. (1999). The association of behavioral adjustment to temperament, parenting and family characteristics among 5-year-old children. *Social Development*, 8, 293-309.
- Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335.
- Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., & Joly, J. (2004). *Portrait des jeunes âgés de 0 à 17 ans référés à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec, leur parcours dans les services et leur évolution dans le temps* [Portrait of youths 0 to 17 years old referred to the care of Quebec youth centers, their service pathway and their evolution over time]. Quebec, Canada: Université de Sherbrooke, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance.
- Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A., & Houchens, P. (1998a). Caregivers of children with sexual behavior problems: Psychological and familial functioning. *Child Abuse & Neglect*, 22, 129-141.

- Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A., & Houchens, P. (1998b). Children with sexual behavior problems: Identification of five distinct child types and related treatment considerations. *Child Maltreatment*, 3, 384-406.
- Righthand, S., & Welch, C. (2004). Characteristics of youth who sexually offend. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13, 15-32.
- Rutter, M., Giller, H., & Hagell, A. (1998). *Antisocial Behavior by Young People*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sanson, A., & Prior, M. (1999). Temperament and behavioral precursors to oppositional defiant disorder and conduct disorder. In H. C. Quay & A. E. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders* (pp. 397-417). New York: Plenum.
- Shaw, D. S., & Winslow, E. B. (1997). Precursors and correlates of antisocial behavior from infancy to preschool. In D. M. Stoff, J. Breiling, & J. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 148-158). New York: Wiley.
- Sheehan, M. J., & Watson, M. W. (2008). Reciprocal influences between maternal discipline techniques and aggression in children and adolescents. *Aggressive Behavior*, 34, 245-255.
- Shelton, K. K., Frick, P. J., & Wootton, J. (1996). Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 25, 317-329.

- Silovsky, J. F., & Niec, L. (2002). Characteristics of young children with sexual behaviour problems: A pilot study. *Child Maltreatment*, 7, 187-197.
- Silovsky, J. F., Niec, L., Bard, D., & Hecht, D. (2007). Treatment for preschool children with interpersonal sexual behavior problems: A pilot study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 378–391.
- Sternberg, K. J., Baradaran, L. P., Abbott, C. B., Lamb, M. E., & Guterman, E. (2006). Type of violence, age, and gender differences in the effects of family violence on children's behavior problems: A mega-analysis. *Developmental Review*, 26, 89-112.
- Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., Homish, D. L., & Wei, E. (2001). Maltreatment of boys and the development of disruptive and delinquent behavior. *Development and Psychopathology*, 13, 941–955.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W., & Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*, 22, 249-270.
- Straus, M. A., & Kaufman K. G. (2004). Definition and measurement of neglectful behavior: Some principles and guidelines. *Child Abuse & Neglect*, 29, 19-29.
- Thériault, C., Cyr, M., & Cinq-Mars, C. (1997). *Traduction et adaptation du Incest History Questionnaire de Courtois (1988)* [French translation and adaptation of the Incest History Questionnaire developed by Courtois (1988)]. Unpublished manuscript, Université de Montréal, Canada.

- Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (1996). *Traduction et adaptation du Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale de Everson et al. (1989)* [French translation and adaptation of the Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale developed by Everson et al. (1989)]. Unpublished manuscript, Université de Montréal, Canada.
- Van Goozen, S. H. M., Cohen-Kettenis, P. T., Matthys, W., & Van Engeland, H. (2002). Preference for aggressive and sexual stimuli in children with disruptive behavior disorder and normal controls. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 247-253.
- Vizard, E. (2006). Sexually abusive behavior by children and adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 11, 2-8.
- Zuravin, S. J. (1999). Child neglect: A review of definitions and measurement research. In: H. Dubowitz (Ed.), *Neglected children: Research, practice, and policy* (pp. 24-46). Thousand Oaks: Sage Publications.

Table 1

Frequency of Problematic Sexual Behaviors by Selected CSBI Items

Items	<i>n</i>	%
Touches or tries to touch mother's or other women's breasts	26	14
Tries to have sexual intercourse with another child or adult	13	7
Puts mouth on another child's/adult's sex parts	5	3
Touches an adult's sex (private) parts	7	4
Touches animals' sex parts	5	3
Asks others to engage in sexual acts with him or her	12	6
Tries to undress other children against their will (opening pants, shirts, etc.)	8	4
Tries to undress adults against their will (opening pants, shirts, etc.)	3	2
Puts his/her mouth on mother's or other women's breasts	2	1
Touches sex (private) parts when in public places ^a	13	7
Touches another child's sex (private) parts ^a	10	5
Puts objects in vagina or rectum ^a	0	0
Shows sex (private) parts to adults ^a	3	2
Shows sex (private) parts to children ^a	9	5

^aItems entered only when frequency was once a month or more.

Table 2

Proportion of Family Sexuality Items by Sex of Participants and Presence of Problematic Sexual Behaviors (PSB)

Items	n (%)	EP (n = 113)	No EP (n = 75)	p	PSB (n = 54)	No PSB (n = 134)	p
My child has seen his/her parents having sex.	31 (16)	25	6	.01	18	13	<.001
We have magazines at home that contain pictures of naked people.	13 (7)	7	6	.66	3	10	.65
If my child wishes, he/she can spend all or part of the night in his/her parents' bed.	54 (29)	29	25	.27	23	31	.01
In the past six months, my child has seen a naked adult (me or others).	96 (51)	63	33	.10	38	58	.001
In the past six months, my child has taken a bath or shower with an adult.	38 (20)	20	18	.31	17	21	.01

Table 3

Summary of Hierarchical Logistic Regression Analysis Predicting PSB When EP and Gender Are Controlled (N = 188)

Variable	<i>B</i>	<i>SE</i>	95% CI for exp b			β
			Lower	Odds ratio	Upper	
Step 1						
EP	0.10	0.02	1.06	1.10	1.15	1.21***
Gender	-0.31	0.40	0.34	0.73	1.60	-.15
Step 2						
EP	0.08	0.02	1.03	1.08	1.13	.94**
Gender	-0.50	0.51	0.22	0.61	1.65	-.24
Age	-0.30	0.14	0.57	0.74	0.97	-.54*
Sexual abuse	0.94	0.53	0.91	2.56	7.20	.40
Family sexuality	0.51	0.18	1.16	1.66	2.38	.59**
Neglect	0.33	0.22	0.90	1.40	2.16	.33
Verbal abuse	1.00	0.44	1.15	2.71	6.36	.46*
Physical abuse	0.67	0.48	0.77	1.96	5.00	.32

Note. $R^2 = .19$ (Cox & Snell), $.27$ (Nagelkerke) for Step 1; $\Delta R^2 = .12$ (Cox & Snell), $.18$ (Nagelkerke) for Step 2. Model $\chi^2(8) = 70.23$.

* $p \leq .05$. ** $p \leq .01$. *** $p \leq .001$.

Table 4

Classification Table for Hierarchical Logistic Regression Model for PSB

Observed	Predicted		Percentage correct (%)
	Without PSB	With PSB	
Without PSB	122	10	92.4
With PSB	21	33	61.1
Overall (%)			83.3

Table 5

Summary of Hierarchical Logistic Regression Predicting EP When PSB and Gender Are Controlled (N = 188)

Variable	<i>B</i>	<i>SE B</i>	95% CI for exp b			β
			Lower	Odds Ratio	Upper	
Step 1						
PSB	1.66	0.43	2.29	5.28	12.20	.76***
Gender	-0.89	0.33	0.22	0.41	0.78	-.44**
Step 2						
PSB	1.27	0.50	1.33	3.56	9.51	.58**
Gender	-0.62	0.38	0.26	0.54	1.12	-.30
Age	-0.01	0.11	0.81	0.99	1.23	-.01
Sexual abuse	0.27	0.45	0.54	1.31	3.14	.11
Family sexuality	-0.17	0.17	0.61	0.84	1.17	-.20
Neglect	0.64	0.22	1.23	1.90	2.94	.64**
Verbal abuse	1.48	0.46	1.76	4.37	10.87	.69***
Physical abuse	0.29	0.38	0.64	1.34	2.80	.14

Note. $R^2 = .15$ (Cox & Snell), $.20$ (Nagelkerke) for Step 1; $\Delta R^2 = .11$ (Cox & Snell), $.15$ (Nagelkerke) for Step 2. Model $\chi^2(8) = 55.28$.

* $p \leq .05$. ** $p \leq .01$. *** $p \leq .001$.

Table 6

Classification Table for Hierarchical Logistic Regression Model for EP

Observed	Predicted		Percentage correct (%)
	Without PSB	With PSB	
Without EP	45	30	60.0
With EP	27	84	75.7
Overall (%)			69.4

CHAPITRE III

PERSISTENCE OF PROBLEMATIC SEXUAL BEHAVIORS IN CHILDREN

Persistence of Problematic Sexual Behaviors in Children

Mireille Lévesque and Marc Bigras

Université du Québec à Montréal

Robert Pauzé

Université de Sherbrooke

Author Note

Mireille Lévesque and Marc Bigras, Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada; Robert Pauzé, Département de Psychoéducation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada.

Correspondence concerning this article should be addressed to Mireille Lévesque, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succursale Centre-ville, Montréal (Québec), H3C 3P8.
E-mail: mirelevesque@hotmail.com

Submitted for publication: Clinical Child and Adolescent Psychology

Abstract

The purpose of this study was to identify concomitant and anterior personal and family factors associated with persistence of problematic sexual behaviors (PSB) in children. Participants were the families of 49 children 4 to 11 years old referred by child protective services in four administrative districts of Quebec. Caregivers completed interviews and questionnaires twice at a one year interval. Results showed that 43% of children persisted with PSB. When age was controlled, greater exposure to sexualized behaviors in the family proved both a predictor of PSB persistence in children 12 months later and a concomitant factor. Externalizing problems and somatic complaints were other concomitant factors to emerge. Maltreatment subtypes did not predict PSB persistence. Potential implications for identifying children likely to persist with PSB are discussed.

Keywords: problematic sexual behavior, maltreatment, family environment

Persistence of Problematic Sexual Behaviors in Children

A large body of research has recognized that some adolescent and adult sexual abusers demonstrated problematic sexual behaviors (PSB) at an early age (Burton, 2000; Vizard, Hickey, & McCrory, 2007). These are childhood sexual behaviors that involve body parts (i.e., genitals, anus, buttocks or breasts) and that are developmentally inappropriate or potentially harmful to the child or others (Association for the Treatment of Sexual Abusers [ATSA], 2006). There is growing concern that if children with PSB are left unattended, their behaviors may persist over time (Burton, 2000; Manocha & Mezey, 1998). Child protective services (CPS) have become particularly concerned that the PSB manifested by some children might compromise the safe living environment in CPS facilities (Baker, Schneiderman, & Parker, 2001; Farmer & Pollock, 2003). The high prevalence of PSB found in CPS facilities, up to one third of the children in their charge, implies that many children are directly affected as are the many workers who must deal with these behaviors (Baker et al., 2001, 2008; Friedrich et al., 2005). However, distinguishing transient sexual misconduct from more persistent PSB in children may be difficult, as the literature on this specific topic is scarce.

Retrospective studies have shown that adolescents with early onset of PSB (before age 11 years) presented higher rates of personal and family adversity, including poor supervision, inadequate family sexual boundaries, multiple out-of-home placements, maltreatment, and hyperactive/impulsive behavior, compared with late onsetters (Burton, 2008; Veneziano, Veneziano, & Legrand, 2000; Vizard et al., 2007). In their review of the research, Boyd, Hagan, and Cho (2000) suggested that the younger the child at time of first abusive sexual behavior, the more likely the behavior would persist. In studies, almost half of adult sex offenders have reported the onset of their abusive behaviors or problematic sexual interests to have occurred

during childhood or adolescence and early onsetters have been shown to engage in more severe sexual behaviors and to have a higher number of offenses and victims to their credit (Burton, 2000; Vizard et al., 2007; Wieckowski, Hartsoe, Mayer, & Shortz, 1998).

Another research approach using longitudinal data has yielded different findings regarding juvenile sex offenders. These studies have reported long-term (five to ten years) rates of sexual recidivism in the range of 7%-20% (Caldwell, 2007; Hagan, Gust-Brey, Cho, & Dow, 2001). Consequently, longitudinal studies are needed to confirm the stability of PSB in children, specifically with a view to determine whether these behaviors are indicative of persistent difficulties requiring comprehensive and intensive therapy or whether they are merely a transitory phenomenon that will attenuate with minimum intervention (Friedrich et al., 2005; Santtila, Sandnabba, Wannäs, & Krook, 2005; Silovsky & Niec, 2002). In a review of the research, Elkovitch, Latzman, Hansen, and Flood (2009) recently called for the use of longitudinal designs to examine PSB persistence and desistance in children.

Given the high rates of psychiatric disorders and non-protective environments among children with PSB (Gray, Busconi, Houchens, & Pithers, 1997), the likelihood of these individuals being referred to social services such as CPS is high. Research findings suggest that PSB represent a major problem in terms of prevalence in CPS, although the proportion of children with PSB varies by care level. The literature indicates that 30% to 34% of children 10 to 12 years of age living in residential treatment centers manifest PSB, whereas this proportion is lower (11% to 17%) among children in foster families and foster groups (Baker et al., 2001, 2008; Friedrich et al., 2005). In comparison, Baker et al. (2008) revealed that 12% of the children in a normative sample met the criteria for PSB.

Identifying and treating children with PSB in CPS is of heightened importance in that they risk harming themselves and their peers with their behaviors (Baker et al., 2001; Farmer & Pollock, 2003). However, owing to the absence of a solid knowledge base, clinicians have no clear and precise plan for how to best help or refer these children with PSB to specialized services (Staiger, 2005). Complicating matters is the fact that victims have been found to suffer similar psychological and behavioral sequelae whether they are abused by youths with PSB or adult offenders (Brown, 2004; Shaw, Lewis, Loeb, Rosado, & Rodriguez, 2000). Youths with PSB, then, pose a serious challenge in that they can interfere with the ability of CPS to meet their two primary objectives, namely, to provide a safe living environment to all children and to ensure their stability in this living environment (Baker et al., 2001).

The majority of children in CPS share common experiences of maltreatment and are likely to manifest behavior problems, including of the externalizing type (Bonner, Walker, & Berliner, 1999; Chromy, 2003; Gray, Pithers, Busconi, & Houchens, 1999). Baker et al. (2008) suggested that children with PSB were likely to be over-represented in CPS because a significant portion of sexually abused children were removed from their families by the courts and that sexual abuse was a known precursor of PSB. Moreover, studies have reported that from 48% to 100% of children with PSB were sexually victimized in early childhood (Bonner et al., 1999; Gray et al., 1997, 1999). Regarding externalizing problems (EP), Burton (1999) found that PSB often occurred in combination with physically aggressive behaviors. In addition, this link between EP and PSB has been shown to persist over a 15-month period (Meyer-Bahlburg, Curtis, Dolezal, Wasserman, & Jaramillo, 1999). Family environment appeared to have an impact on the development of PSB as well. In this connection, it has been reported that children with PSB were likely to have a greater exposure to sexualized behaviors in their families (Bonner et al., 1999; Friedrich et al., 2003; Friedrich, Fisher, Broughton, Houston, & Shafran, 1998; Hall, Mathews, &

Pearce, 2002; Lévesque, Bigras, & Pauzé, 2010). According to researchers, family sexuality, defined as exposure to human sexuality in the family by Bonner et al. (1999) and to various sexual activities by Friedrich et al. (1998, 2003), appeared to augment confusion and anxiety about sexual boundaries for children exposed to it (Friedrich, 2002).

In a 10-year follow-up study that tracked 135 children treated for PSB (cognitive-behavioral treatment or dynamically-oriented treatment) across databases (juvenile justice, adult criminal justice, and child welfare) of reported abusive sexual behaviors (Carpentier, Silovsky, & Chaffin, 2006), from 2% to 10% of children with early PSB committed sex offences in adolescence and adulthood. Two other longitudinal studies have followed up on children with PSB. In a two-year post-treatment follow-up of 20 children 6 to 12 years old with PSB, Bonner et al. (1999) concluded that, over the study period, from 15% to 17% of their sample were again reported for PSB in CPS (Bonner et al., 1999). In the other study, in a sample of 20 children 10 to 12 years old, Friedrich et al. (2005) observed persistence of PSB one year later in 92% of those in a residential treatment center and 43% of those in foster families. These researchers suggested, however, that persistence in the residential treatment center might have been due to the initial characteristics of this clientele, especially a greater severity of mental health problems.

Though these studies provide an idea of the PSB persistence rate among school-age children, they all present shortcomings that limit our understanding of the phenomenon. For example, Friedrich et al. (2005) examined only frequency of sexual behaviors in children without evaluating other factors such as reason for admission to CPS, family context, and children's mental health or other behavioral problems. Similarly, Carpentier et al. (2006) and Bonner et al. (1999) reported no information regarding the characteristics of children who were reported for PSB during follow-up.

Finally, as the sample used in the Friedrich et al. (2005) study had a narrow age range (10-12 years), generalizing the results to younger children is questionable.

Though previous longitudinal research has looked at persistence of PSB, estimates of the stability of PSB in children have diverged and no study to our knowledge has keyed in on the specific factors that might predispose children to continue with their PSB. Against this backdrop, we set out to investigate persistence and change in PSB over a 12-month period among 4- to 11-year-old children according to family and personal characteristics. We wished to identify concomitant and anterior factors associated with persistence of PSB. Despite the exploratory nature of the study, we nevertheless posited that PSB persistence would be observed for only a minority of children over the one-year period. We also postulated that exposure to family sexuality and sexual abuse would be concomitant and anterior factors in the persistence of PSB.

Method

Participants

Data were obtained from a vast study undertaken by Pauzé, Toupin, Déry, Mercier, and Joly (2004) in which the CPS of the Province of Quebec (Canada) referred all new cases to researchers each week over a period of one year. All cases on this list were possible participants in our study. We selected children aged 4 to 11 years ($n = 239$), 38% of whom had been removed from their families, the rest living with their biological parents. After informed written consent and assent was obtained in the study, the caregiver who had been most in contact with the child in the past year completed all measures at home with an interviewer. In 83% of the cases, this proved to be the natural or adoptive mother of the child, in 14% of the cases the natural or adoptive father, and in 3% of the cases another parental figure. Participants

were met by an interviewer upon being taken in charge by CPS (Time 1) and one year later (Time 2). The study received due approval from the Institutional Review Board of Université de Sherbrooke.

Measures

Child Behavior Checklist. The Child Behavior Checklist (CBCL) is a widely-used standardized instrument for assessing child behavior problems and social competence in the past six months. Its 133 items are rated by caregivers on a 3-point scale (Achenbach, 1991). It comprises several subscales covering both EP (aggressive behaviors and delinquent behaviors) and internalizing problems (anxious and depressed, withdrawal, and somatic complaints). Three other subscales complete the measure: social, thought and attention problems. CBCL has shown good internal consistency (alphas from .78 to .97), stability (correlations from .95 to 1.00), and construct validity (Achenbach, 1991). Higher scores reflect greater behavioral difficulties.

Child Sexual Behavior Inventory. This is a 38-item standardized checklist of child sexual behavior in the past six months completed by caregivers (Friedrich, 1997). The measure has demonstrated good psychometric properties with children 2 to 12 years old. The internal consistency of the instrument has been shown to be good (alphas from .72 for a normative sample to .93 for a clinical sample), as has been its stability (correlation of .91 after two weeks) and construct validity (Friedrich et al., 2001). Five additional items serve to assess child exposure to sexuality in the home (co-sleeping, co-bathing, witnessing intercourse, availability of pornography, and family nudity). The scale obtained an alpha coefficient of .52.

We used the Child Sexual Behavior Inventory (CSBI) to identify children with PSB. Given that the measure also covers normal sexual behaviors, we focused

on the items most likely to identify PSB as defined by the ATSA (2006). These items were determined by a team of seven professionals (1 researcher, 2 psychologists, 1 pediatrician and 3 graduate students). Any child who proved positive to any one of the items was considered to exhibit PSB. Analysis showed the reliability of the 14 items thus selected to be good, with a Cronbach's alpha of .77 (Table 1). The internal consistency of the selected items suggested that the measure possessed good to excellent homogeneity (alphas at Time 1 and Time 2 of .65 and .80, respectively).

Child Sexual Abuse. A semi-structured interview was used to explore presence of child sexual abuse. The measure comprises 61 items and is administered to caregivers. It is an adaptation of two instruments, namely, the Incest History Questionnaire (Courtois, 1988; Thériault, Cyr, & Cinq-Mars, 1997) and the Parental Reaction to Disclosure Scale (Everson, Hunter, & Runyan, 1989; Thériault, Cyr, & Wright, 1996). The interview serves to garner information on parameters of sexual abuse such as identity of abuser, nature and duration of abuse, disclosure, and family situation. However, the only element considered in this study was presence of sexual abuse as revealed by respondent. The psychometric characteristics of the two instruments were not available at time of writing.

Conflict Tactics Scales. The short-form of Conflict Tactics Scales (CTS) (Straus, Hamby, Finkelhor, Moore, & Runyan, 1998) consists of 10 items on a 5-point scale encompassing two scales, namely, verbal and physical aggression. The caregiver must indicate whether he or any other adult at home verbally or physically maltreated the child. In terms of psychometric properties, the instrument has been shown to possess good internal consistency, with alphas of .58 and .68 for the physical aggression and verbal aggression scales, respectively (Straus et al., 1998), and adequate reliability (McGuire & Earls, 1993). The elements considered in this study were presence of verbal and physical abuse.

Family Assessment Device. This 53-item instrument was designed to assess six dimensions of family functioning, namely, problem-solving, communication, affective involvement, affective responsiveness, roles, and behavior control (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983). Only the 12 items of the general functioning scale were selected to investigate overall family health and pathology. High scores are indicative of family dysfunction. The Family Assessment Device (FAD) has shown good construct validity and adequate internal reliability, with a Cronbach's alpha for the general functioning scale of .92 and a test-retest correlation of .71 after one week (Epstein et al., 1983; Miller, Epstein, Bishop, & Keitner, 1985).

Data Analyses

Prior to analyzing our variables in the aim of identifying factors associated with PSB persistence, we tested the four assumptions of multivariate regression, namely, linearity, normality, homoscedasticity, and multicollinearity. Preliminary analyses suggested assumptions were adequate for all variables with the exception of PSB, which was skewed. Consequently, we split the sample into two groups of children for the subsequent analyses, namely, with and without PSB. Significance was set at a two-sided level of .05.

Chi-square tests were run on categorical data and ANOVAs were conducted to test the multivariate hypotheses. Lastly, we performed two logistic regression analyses, the first to examine how family and personal characteristics at Time 1 predicted PSB outcomes (persistence or desistance) 12 months later, and the second, to test how these concomitant factors at Time 2 were associated with PSB persistence or desistance.

Results

Initial Analyses

Procedure and attrition. We selected children with PSB based on the CSBI results (32%; Table 1). These children were then classified according to whether they persisted with or desisted from PSB one year later. For 36% of the children, measurements were not completed at Time 2. Sample representativeness at Time 2 was nonetheless good. T-test and chi-square analyses were conducted and no difference emerged on the CBCL scales, the CSBI data or demographic characteristics.

Descriptive statistics. Of the 49 children with PSB at Time 1, most (57%) did not manifest PSB at Time 2. The sample's mean age at Time 2 was 8.28 years ($SD = 1.99$), with a significant difference emerging in mean age between children who persisted with PSB and those who did not $F(1, 48) = 8.13, p < .01$. Specifically, children who persisted were significantly younger than those who desisted. The sample was composed of 65% boys and 35% girls, and gender did not prove related to persistence of PSB. Paired t-tests suggested that the mean number of PSB presented decreased over the one year interval, $t(48) = 4.13, p = .000$. However, the data also suggested a strong correlation between times of measure, $r = .65, p < .001$.

Univariate Analysis of Factors Associated With Persistence of PSB

Chi-square and ANOVA analyses were carried out to examine the link between personal and family factors and persistence of PSB (Table 2). Family sexuality appeared to distinguish children who persisted with PSB from those who desisted. Indeed, children who persisted with PSB were more exposed to sexualized

behaviors in the family at Time 1 and Time 2, $F(1, 48) = 6.50, p \leq .01$ and $F(1, 48) = 6.26, p \leq .05$, respectively.

Some psychological difficulties at Time 2 appeared to be concomitant to persistence of PSB. ANOVAs run between six scales of the CBCL and the PSB persistence variable proved significant: somatic complaints scale, $F(1, 48) = 8.90, p < .01$, thought problems, $F(1, 48) = 4.29, p < .05$, delinquency scale, $F(1, 48) = 5.21, p < .05$, aggression scale, $F(1, 48) = 11.62, p \leq .001$, externalizing scale, $F(1, 48) = 10.92, p < .01$, and total CBCL scale, $F(1, 48) = 7.69, p < .01$. In other words, children who persisted with PSB showed significantly more symptomatology on these CBCL scales than did children who desisted after one year. We did not evaluate the effects of concomitant maltreatment given that, being under the care of CPS, the children were not supposed to suffer maltreatment during the follow-up period. Other variables, such as behavior problems and maltreatment at Time 1 or family functioning at Time 1 and Time 2, did not seem to be associated with persistence of PSB after one year.

Prediction of PSB Persistence

We ran two logistic regression analyses on all the characteristics that discriminated the groups significantly ($p < .05$) to determine the best predictors of PSB persistence in children one year later. The first logistic regression gauged the predictive power of the variables at Time 1. Given that some variables could also concomitantly influence persistence of PSB, we planned a second logistic regression assessing these factors at Time 2. As age, a key personal factor to consider, could not be controlled at the sampling stage, it was subsequently controlled statistically.

Factors predicting persistence of PSB one year later. We ran a logistic regression analysis to examine how family and personal factors predicted PSB

persistence one year later. A first block of variables included the controlled variable (age) and a second block included family sexuality at Time 1. These independent variables were continuous.

Block 1 results (Table 3) showed that the change in the amount of information explained by the model was significant after age was added, Block $\chi^2(1, N = 49) = 7.66, p < .01$. Younger children, $B = -0.44, p \leq .01$, were 1.56 times as likely to belong to the PSB persistent group.

Block 2 results indicated a significant improvement with the addition of family sexuality as a predictor, Block $\chi^2(1, N = 49) = 4.85, p < .05$. The model obtained explained 30% of the variance in the persistence of PSB in children under the care of CPS. Children exposed to sexuality in the family, $B = 0.59, p < .05$, were more likely to belong to the PSB persistent group. The odds ratio (OR) was 1.80. Younger children, $B = -0.42, p < .05$, for their part, were 1.52 times as likely to belong to the PSB persistent group. Finally, the model correctly classified 75.5% of the cases via the predictor (Table 4). In other words, the predictive power of the model was good. However, the model was slightly more accurate in predicting children who desisted from PSB than those who persisted with PSB (78.6 vs. 71.4, respectively).

Concomitant factors associated with persistence of PSB. We ran another logistic regression analysis to examine how family and personal factors at Time 2 related concomitantly to PSB persistence. A first block of variables included the controlled variable (age) and a second block included family sexuality, somatic complaints, thought problems and EP. These independent variables were continuous.

Block 1 results (Table 5) showed that the change in the amount of information explained by the model was significant after age was added, Block $\chi^2(1, N = 49) = 7.66, p < .01$. Younger children, $B = -0.44, p \leq .01$, for their part, were 1.56 times as likely to belong to the PSB persistent group.

Block 2 results indicated a significant improvement with the addition of family sexuality, somatic complaints, thought problems and EP as predictors, Block $\chi^2(4, N = 49) = 40.56, p < .001$. The model obtained explained 84% of the variance in PSB persistence in children under the care of CPS one year later. Children exposed to more sexualized behaviors in the family, $B = 2.28, p \leq .05$, those with EP, $B = 0.47, p \leq .01$, and those with somatic problems, $B = 0.49, p < .05$, were more likely to belong to the PSB persistent group. The OR were 9.78, 1.60 and 1.63, respectively. Younger children, $B = -2.28, p < .05$, for their part, were 10 times as likely to belong to the PSB persistent group. Finally, the model correctly classified 89.8% of the cases via the four predictors (Table 6). In other words, the predictive power of the model was very good.

Discussion

To our knowledge, this is the first longitudinal study designed to assess personal and family predictors of PSB persistence in children over a 12-month period. The results enhance our understanding of the contribution of a greater exposure to sexualized behaviors, both as a previous and current family factor. Our results also highlight concomitant personal factors in children who persist with PSB after 12 months: psychological difficulties such as thought problems, somatic complaints and EP.

Contrary to what we had predicted, the results suggest that PSB are stable over time for almost half of our sample, although a general tendency indicates a significant decrease over a period of one year. Accordingly, among children who persist with PSB after 12 months, correlation results suggest that those who initially show a high rate of PSB are the ones who still manifest a higher rate of PSB one year later, while those who present a lower rate of PSB still show a low level of PSB. Interestingly, the proportion of children 4 to 11 years of age of our sample who persist with PSB after one year (43%) is lower than the percentage of persisters reported by Friedrich et al. (2005). These researchers found that, on average, of 20 children 10 to 12 years of age who lived in foster families or a residential treatment center, nearly 75% persisted in presenting PSB after one year; 92% of those in a residential treatment center and 43% of those in foster families persisted. On the one hand, the use by Friedrich et al. of a less restrictive definition of PSB than the one used in our study might explain in part this difference in the PSB persistence rates. On the other hand, the age of the sample in the Friedrich et al. study might suggest that children above the age of ten years who engage in PSB are more likely to persist with these behaviors. Furthermore, Bonner et al. (1999) found a much lower rate of PSB persistence (about 15%) after two years of follow-up. However, unlike in our study, the children with PSB in their study were offered a structured group treatment. Although some children may have received some form of mental health services from CPS in which the issue of PSB might have been addressed, CPS in our study did not provide structured treatment for PSB. Thus, the 43% persistence rate for PSB might be conservative in that there may have been a higher persistence rate if none of the children had received social services between the two data collection assessments.

Our results suggest that younger children are the ones most likely to persist with PSB. Studies suggest that younger children tend to show more PSB and generally more sexual behaviors than older children do (Bonner et al., 1999; Chromy,

2003; Friedrich et al., 1998, 2003). In a review, Vizard (2006) suggested that seriously disturbed children with childhood-onset persistent sexualized behavior seem to be set on a developmental trajectory towards adult offending, whether sexual or not. Our results seem to support this presumption; however, more extensive and prospective data for children through adolescence and adulthood are needed to clarify the importance of early onset of PSB.

The presence of thought problems, such as with reality testing and odd and obsessive/compulsive behaviors, was found to be associated with PSB persistence but did not predict it. Burton, Rasmussen, Bradshaw, Christopherson, and Huke (1998) and Hall, Mathews, and Pearce (1998) recognized that children with PSB could experience thought disorders such as psychotic episodes fixated on sexual issues or self-blame. Thought problems might also contribute to the development of cognitive distortions about sexuality. The literature has frequently reported cognitive distortions in juvenile sex offenders (Delisi et al., 2008) and investigated their contribution to recidivism (Kenny, Keogh, & Seidler, 2001). The specific influence and nature of thought problems warrants further scrutiny in children with persistent PSB. Future studies might explore whether the obsessive thoughts and compulsive actions of PSB children are related to sexual matters. Somatic complaints, such as feeling dizzy or lightheaded, overtired without good reason, and physical problems without a known medical cause, surprisingly proved to be a concomitant factor associated with PSB persistence. These complaints have been reported in children who manifest various other difficulties, including suicidal ideation, attempted suicide, and internalizing disorders (Ginsburg, Riddle, & Davies, 2006; Hukkanen, Sourander, & Bergroth, 2003), but not in children with PSB. These physical symptoms have been found to be related to maltreatment, especially sexual abuse, in children (Haugaard, 2004; van Tilburg et al., 2010). Regarding maltreatment, our results suggest that sexual abuse and other forms of maltreatment do not predict the persistence of PSB. Maltreatment

could have an immediate impact on the manifestation of PSB (Bonner et al., 1999; Gray et al., 1997, 1999; Pithers, Gray, Busconi, & Houchens, 1998a, 1998b), but it does not appear to be enough of a factor to explain PSB persistence. We believe that one of the consequences of maltreatment in more severely victimized children comes in the form of somatic complaints, the latter influencing the persistence of PSB.

The results of the logistic regression analyses aimed at predicting PSB persistence when age is controlled suggest greater exposure to sexualized behaviors in the family environment to be a key determinant of PSB persistence in maltreated children. These results confirm those of past studies that found family sexuality to be associated with PSB in young children (Bonner et al., 1999; Friedrich et al., 1998, 2003, Lévesque et al., 2010). Through processes of direct experience or through some sort of vicarious learning, greater exposure to sexualized behaviors in the family may influence younger children's perceptions of what constitutes appropriate sexual behavior as these children have not yet internalized social rules of sexual behavior. Consequently, for some children, this lack of consciousness of appropriate social behavior could lead to PSB persistence within the family structure. In this regard, exposure to sexualized behaviors in the family environment has been interpreted as covert sexual abuse and related to sex offending in adolescents (Baumgratz, 2007; Zgourides, Monto, & Harris, 1997). For example, it has been demonstrated that juvenile sex offenders are exposed to pornography in their family at a younger age than other adolescents without sexual difficulties (Ford & Linney, 1995; Wieckowski et al., 1998). Research with adolescents also suggests that the influence of exposure to a sexualized family environment on PSB is long-lasting and might contribute to persistence of sexual offences (Ford & Linney, 1995). Our study is the first to examine the correlates of exposure to sexualized behaviors in the family environment on PSB persistence in children under the care of CPS.

Our results also suggest caregiver-reported EP to be a concomitant factor associated with PSB persistence. In this regard, Silovsky, Niec, Bard, and Hecht (2007) had previously suggested that PSB in children were similar to EP in that they involved disinhibition, social-rule breaking, and a component of aggression toward self or others. The trajectory of PSB, also, might be analogous to that of EP. Though EP generally decrease over the course of development as cognitive and emotion-regulation abilities mature (Côté, Tremblay, Nagin, Zoccolillo, & Vitaro, 2002; Tremblay, 2000), a subgroup of children, who represent 5% to 7% of children with EP, persists in manifesting EP past the preschool years (Broidy et al., 2003; Lahey, Waldman, & McBurnett, 1999; Moffitt, 1993). These children have been referred to as the life-course persistent group, and research suggests that they follow a consistent trajectory of aggression and conduct problems (Broidy et al., 2003). Similarly, given the many parallels with EP, a long-term trajectory of PSB could be plausible as well for some children. Consequently, more research is needed to explore the trajectory of PSB in childhood and adolescence in order to shed light on the profile of children likely to persist with PSB over several years (Lévesque, Bigras, & Pauzé, *in press*).

Limitations

Our study presents certain limitations that need to be considered in interpreting the findings. First, measurements were not completed one year later for 36% of the children. The main reason for this was that children 12 years or older were excluded at Time 2 because the CSBI was designed for children under the age of 12 years. Also, some caregivers could not be reached to complete the instruments. This said, children accounted for at both times of measurement did not differ from those lost at Time 2 in terms of initial clinical severity or demographic characteristics. Second, information on child behaviors was provided by caregivers only. Future studies would stand to gain from the addition of other informants in this regard.

Another limitation concerns the potential impact of maturation on desistance of PSB. Last, given that persistence was assessed in a treatment environment, there is no saying whether this was a factor in the abatement of PSB in children after one year or whether it would have occurred even without treatment.

Implications for Research, Policy, and Practice

The study yielded interesting findings and assumptions worth pointing out. We found a significant proportion (43%) of children who persisted with PSB over a 12-month period. Although many children desisted from PSB after one year, yet we do not know if the desistance rate will rise going forward or not. Future studies should definitely follow the progression of PSB over a longer period. However, a major contribution of our study is to provide a better indication of the children with PSB for whom an intervention would be a priority in CPS, that is to say, those who live in a sexualized family environment and those who present EP and somatic complaints. Identifying children at risk for persistent PSB would avert more victimization at an early stage on other children. Our study has the merit of revealing greater exposure to sexualized behaviors in the family environment to be a predictor of PSB persistence and identifying concomitant factors associated with persistent PSB after one year, namely somatic complaints and EP. The children's environment appears to be implicated in PSB persistence, but this is not so for presence of earlier childhood maltreatment in children in CPS. Children with comorbid behavior conditions, that is, concurrent PSB and EP, should be targeted to shed more light on the evolution of PSB. The influence of somatic complaints on PSB persistence needs to be further investigated as well. Future studies should work with a greater number of participants to foster the emergence of any interplay between risk and protective factors and PSB in children. Further studies should also help guide the design of intervention models for different subtypes of children with persistent PSB. We

believe that for many children with persistent PSB a short intervention is sufficient to remediate these difficulties. However, for others, an intensive and structured treatment must be considered (ATSA, 2006). Finally, future studies need to examine the direction of the association between CPS and PSB. Receiving services from CPS may be a potentiating factor associated with the development of PSB in children under the care of these services. On the other hand, children may be placed in the charge of CPS for engaging in PSB. Consequently, the exact reasons for placing children in the care of CPS need to be specified.

References

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Association for the Treatment of Sexual Abusers (2006). *Report of the Task Force on Children with Sexual Behavior Problems*. Beaverton, OR: Author.
- Baker, A. J. L., Gries, L., Schneiderman, M., Parker, R., Archer, M., & Friedrich, W. (2008). Children with problematic sexualized behaviors in the child welfare system. *Child Welfare, 87*, 5-27.
- Baker, A. J. L., Schneiderman, M., & Parker, R. (2001). A survey of problematic sexualized behaviors of children in the New York City child welfare system: Estimates of problem, impact on services, and need for training. *Journal of Child Sexual Abuse, 10*, 67-80.
- Baumgratz, S. (2007). A preliminary analysis of psychological characteristics, abuse history, and family functioning in male juvenile sex offenders (Doctoral dissertation). Retrieved from <http://idea.library.drexel.edu/>
- Bonner, B. L., Walker, C. E., & Berliner, L. (1999). *Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment. Final Report, Grant No. 90-CA-1469*. Washington, DC: Administration of Children, Youth, and Families, DHHS.
- Boyd, N. J., Hagan, M., & Cho, M. E. (2000). Characteristics of adolescent sex offender: A review of the research. *Aggression and Violent Behavior, 5*, 137-146.

- Broidy, L. M., Nagin, D. S., Tremblay, R. E., Bates, J. E., Brame, B., Dodge, K. A., ... Vitaro, F. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: A six-site cross-national study. *Developmental Psychology, 39*, 222-245.
- Brown, J. C. (2004). Child-on-child sexual abuse: An investigation of behavioral and emotional sequelae (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (Publication No. AAT 3125791)
- Burton, D. L. (1999). An examination of social cognitive theory with differences among sexually aggressive, physically aggressive and nonaggressive children in state care. *Violence and Victims, 14*, 161-178.
- Burton, D. L. (2000). Were adolescent sexual offenders children with sexual behavior problems? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 12*, 37-48.
- Burton, D. L. (2008). An exploratory evaluation of the contribution of personality and childhood sexual victimization to the development of sexually abusive behavior. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 20*, 102-115.
- Burton, J. E., Rasmussen, L. A., Bradshaw, J., Christopherson, B. J., & Huke, S. C. (1998). *Treating children with sexually abusive behavior problems: Guidelines for child and parent intervention*. New York: The Haworth Maltreatment and Trauma Press.
- Caldwell, M. (2007). Sexual offense adjudication and sexual recidivism among juvenile offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 19*, 107-113.

- Carpentier, M. Y., Silovsky, J. F., & Chaffin, M. (2006). Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: Ten-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 482-488.
- Chromy, S. J. (2003). Indicators and predictors of sexual behavior problems in sexually abused children: Psychological, behavioral and victimization characteristics. *Dissertation Abstracts International: Section A. The Humanities and Social Sciences, 64*, 406.
- Côté, S., Tremblay, R. E., Nagin, D., Zoccolillo, M., & Vitaro, F. (2002). The development of impulsivity, fearfulness, and helpfulness during childhood: Patterns of consistency and change in the trajectories of boys and girls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*, 609-618.
- Courtois, C. A. (1988). *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy*. New York: Norton.
- Delisi, M., Vaughn, M. G., Beaver, K. M., Wright, J. P., Hochstetler, A., Kosloski, A. E., & Drury, A. J. (2008). Juvenile sex offenders and institutional misconduct: The role of thought psychopathology. *Criminal Behaviour and Mental Health, 18*, 292-305.
- Elkovitch, N., Latzman, R. D., Hansen, D. J., & Flood, M. F. (2009). Understanding child sexual behavior problems: A developmental psychopathology framework. *Clinical Psychology Review 29*, 586-598.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D.S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy, 9*, 171-180.

- Everson, M. D., Hunter, W. M., & Runyan, D. K. (1989). *Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale (PRADS) (measure instrument)*. Chapel Hill: University of North Carolina.
- Farmer, E., & Pollock, S. (2003). Managing sexually abused and/or abusing children in substitute care. *Child and Family Social Work, 8*, 101-112.
- Ford, M. E., & Linney, J. A. (1995). Comparative analysis of juvenile sexual offenders, violent non-sexual offenders, and status offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 10*, 56-70.
- Friedrich, W. N. (1997). *Child Sexual Behavior Inventory: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Friedrich, W. N. (2002). *Psychological assessment of sexually abused children and their families*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Friedrich, W. N., Baker, A. J. L., Parker, R., Schneiderman, M., Gries, L., & Archer, M. (2005). Youth with problematic sexualized behaviors in the child welfare system: A one-year longitudinal study. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 17*, 391-406.
- Friedrich, W. N., Davies, H., Feher, E., & Wright, J. (2003). Sexual behavior problems in preteen children: Developmental, ecological, and behavioral correlates. *Annals of the New York Academy of Sciences, 989*, 95-104.

- Friedrich, W. N., Fisher, J., Broughton, D., Houston, M., & Shafran, C. R. (1998). Normative sexual behavior in children: A contemporary sample. *Pediatrics*, 101, 9-16.
- Friedrich, W. N., Fisher, J. L., Dittner, C. A., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., ... Wright, J. (2001). Child Sexual Behavior Inventory: Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment*, 6, 37-49.
- Ginsburg, G. S., Riddle, M., & Davies, M. (2006). Somatic symptoms in children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1179-1187.
- Gray, A., Busconi, A., Houchens, P., & Pithers, W. D. (1997). Children with sexual behavior problems and their caregivers: Demographics, functioning, and clinical patterns. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9, 267-290.
- Gray, A., Pithers, W. D., Busconi, A., & Houchens, P. (1999). Developmental and etiological characteristics of children with sexual behavior problem: Treatment implications. *Child Abuse & Neglect*, 23, 601-621.
- Hagan, M., Gust-Brey, K., Cho, M., & Dow, E. (2001). Eight-year comparative analyses of adolescent rapists, adolescent child molesters, other adolescent delinquents, and the general population. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45, 314-324.

- Hall, D. K., Mathews, F., & Pearce, J. (1998). Factors associated with sexual behavior problems in young sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 22, 1045-1063.
- Hall, D. K., Mathews, F., & Pearce, J. (2002). Sexual behavior problems in sexually abused children: A preliminary typology. *Child Abuse & Neglect*, 26, 289-312.
- Haugaard, J. J. (2004). Recognizing and treating uncommon behavioural and emotional disorders in children and adolescents who have been severely maltreated: Somatisation and other somatoform disorders. *Child Maltreatment*, 9, 161-168.
- Hukkanen, R., Sourander, A., & Bergroth, L. (2003). Suicidal ideation and behavior in children's homes. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 131-137.
- Kenny, D. T., Keogh, T., & Seidler, K. (2001). Predictors of recidivism in Australian juvenile sex offenders: Implications for treatment. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13, 131-148.
- Lahey, B. B., Waldman, I. D., & McBurnett, K. (1999). The development of antisocial behavior: An integrative causal model. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 669-682.
- Lévesque, M., Bigras, M., & Pauzé, R. (2010). Externalizing problems and problematic sexual behaviors: Same etiology? *Aggressive Behavior*. Advance online publication. doi: 10.1002/ab.20362

- Manocha, K. F., & Mezey, G. (1998). British adolescents who sexually abuse: A descriptive study. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 9, 588-608.
- McGuire, J., & Earls, F. (1993). Exploring the reliability of measures of family relations, parental attitudes, and parent-child relations in a disadvantaged minority population. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 1042-1046.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Curtis, L., Dolezal, G. A., Wasserman, B., & Jaramillo, M. (1999). Prepubertal boys' sexual behavior and behavior problems. *AIDS Education and Prevention*, 11, 174-186.
- Miller, I. W., Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Keitner, G. I. (1985). The McMaster Family Assessment Device: Reliability and validity. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 345-356.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., & Joly, J. (2004). *Portrait des jeunes âgés de 0 à 17 ans référés à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec, leur parcours dans les services et leur évolution dans le temps* [Portrait of youths 0 to 17 years old referred to the care of Quebec youth centers, their service pathway and their evolution over time]. Quebec, Canada: Université de Sherbrooke, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance.

- Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A., & Houchens, P. (1998a). Caregivers of children with sexual behavior problems: Psychological and familial functioning. *Child Abuse & Neglect*, 22, 129-141.
- Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A., & Houchens, P. (1998b). Children with sexual behavior problems: Identification of five distinct child types and related treatment considerations. *Child Maltreatment*, 3, 384-406.
- Santtila, P., Sandnabba, N. K., Wannäs, M., & Krook, K. (2005). Multivariate structure of sexual behaviours in children: Associations with age, social competence, life stressors, and behavioural disorders. *Early Child Development and Care*, 175, 3-21.
- Shaw, J. A., Lewis, J. E., Loeb, A., Rosado, J., & Rodriguez, R. A. (2000). Child on child sexual abuse: Psychological perspectives. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1591-1600.
- Silovsky, J. F., & Niec, L. (2002). Characteristics of young children with sexual behaviour problems: A pilot study. *Child Maltreatment*, 7, 187-197.
- Silovsky, J., Niec, L., Bard, D., & Hecht, D. (2007). Treatment for preschool children with interpersonal sexual behavior problems: A pilot study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 378-391.
- Staiger, P. (2005). *Children who engage in problem sexual behaviours: Context, characteristics and treatment - A review of the literature*. Australian Childhood Foundation, Melbourne.

- Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W., & Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*, 22, 249-270.
- Thériault, C., Cyr, M., & Cinq-Mars, C. (1997). *Traduction et adaptation du Incest History Questionnaire de Courtois (1988)* [French translation and adaptation of the Incest History Questionnaire developed by Courtois (1988)]. Unpublished manuscript, Université de Montréal, Canada.
- Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (1996). *Traduction et adaptation du Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale de Everson et al. (1989)* [French translation and adaptation of the Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale developed by Everson et al. (1989)]. Unpublished manuscript, Université de Montréal, Canada.
- Tremblay, R. E. (2000). The development of aggressive behavior during childhood: What have we learned in the past century? *International Journal of Behavioral Development*, 24, 129-141.
- Van Tilburg, M. A. L., Runyan, D. K., Zolotor, A. J., Graham, J. C., Dubowitz, H., Litrownik, A. J., ... Whitehead, W. E. (2010). Unexplained gastrointestinal symptoms in a prospective study of children at risk for abuse and neglect. *Annals of Family Medicine*, 8, 134-140.
- Veneziano, C., Veneziano, L., & Legrand, S. (2000). The relationship between adolescent sex offender behaviours and victim characteristics with prior victimisation. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 363-374.

- Vizard, E. (2006). Sexually abusive behavior by children and adolescents. *Child and Adolescent Mental Health, 11*, 2-8.
- Vizard, E., Hickey, N., & McCrory, E. (2007). Developmental trajectories associated with juvenile sexually abusive behaviour and emerging severe personality disorder in childhood: 3-year study. *British Journal of Psychiatry, 190*, s27-s32.
- Wieckowski, E., Hartsoe, P., Mayer, A., & Shortz, J. (1998). Deviant sexual behavior in children and young adolescents: Frequency and patterns. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 10*, 293-304.
- Zgourides, G., Monto, M., & Harris, R. (1997). Correlates of adolescent male sexual offenses: Prior adult sexual contact, sexual attitudes, and use of sexually explicit materials. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 41*, 272-283.

Table 1

Frequency of PSB According to Selected Items of CSBI Among Children with PSB

Items	Time 1		Time 2	
	n	%	n	%
Touches / tries to touch mother's or other women's breasts	23	47	15	31
Tries to have sexual intercourse with another child / adult	11	22	6	12
Puts mouth on another child's/adult's sex parts	4	8	2	4
Touches an adult's sex (private) parts	3	6	4	8
Touches animals' sex parts	3	6	2	4
Asks others to engage in sexual acts with him or her	13	27	5	10
Tries to undress other children against their will (opening pants, shirt, etc.)	6	10	1	2
Tries to undress adults against their will (opening pants, shirt, etc.)	2	4	0	0
Puts their mouth on mother's or other women's breasts	3	6	3	6
Touches sex (private) parts when in public places ^a	15	31	6	12
Touches another child's sex (private) parts ^a	9	18	3	6
Puts objects in vagina or rectum ^a	1	2	0	0
Shows sex (private) parts to adults ^a	5	10	2	4
Shows sex (private) parts to children ^a	8	16	4	8

^aItems entered only when frequency was once a month or more.

Table 2

Family and Personal Characteristics of Children With PSB at Time 1 According to Persistence of Behaviors 12 Months Later at Time 2

Characteristics	Persistence			No persistence			p
	(n = 21)			(n = 28)			
	n	M	SD	N	M	SD	
Maltreatment ^a							
Physical abuse – Yes	17			21			.62
No	4			7			
Verbal abuse – Yes	8			14			.41
No	13			14			
Sexual abuse – Yes	4			11			.13
No	17			17			
Family Sexuality ^a		2.67	1.02		1.79	1.32	.01
Family Sexuality ^b		2.09	1.18		1.32	0.98	.02
FAD ^a – Good	7			16			.10
Poor	14			12			
FAD ^b – Good	10			16			.51
Poor	11			12			
CBCL ^a							
Withdrawn scale		66.38	12.28		63.25	9.61	.32
Somatic complaints scale		60.52	8.03		57.79	7.73	.23
Anxious/depressed scale		66.52	12.09		67.39	11.87	.80
Social problems scale		67.00	8.34		68.43	11.21	.63
Thought problems scale		64.71	9.79		69.57	9.49	.14
Attention problems scale		68.00	12.03		68.39	11.11	.91

Delinquency scale	69.90	10.13	68.32	9.94	.59
Aggression scale	72.05	9.25	72.07	11.87	.99
Internalizing problems scale	67.00	9.51	65.07	11.57	.54
Externalizing problems scale	71.52	8.22	70.39	9.83	.67
Total CBCL scale	71.81	7.77	70.14	9.64	.52
CBCL ^b					
Withdrawn scale	63.23	9.89	60.82	8.79	.37
Somatic complaints scale	59.61	9.28	53.46	5.01	.005
Anxious/depressed scale	65.90	11.51	62.18	9.68	.23
Social problems scale	66.14	7.70	66.00	10.87	.96
Thought problems scale	64.19	9.83	58.61	8.94	.04
Attention problems scale	67.14	10.11	64.29	10.02	.33
Delinquency scale	69.33	8.40	63.68	8.72	.03
Aggression scale	72.67	9.19	63.54	9.35	.001
Internalizing problems scale	65.57	10.00	60.32	10.06	.08
Externalizing problems scale	71.52	7.08	65.75	8.86	.002
Total CBCL scale	70.81	6.83	63.82	9.90	.008

Note. FAD = Family Assessment Device; CBCL = Child Behavior Checklist.

^a At T1.

^b At T2.

Table 3

Summary of Hierarchical Logistic Regression Analysis Predicting Persistence of PSB Using Anterior Factors (N = 49)

Variable	<i>B</i>	<i>SE B</i>	95% CI for exp b			β
			Lower	Odds ratio	Upper	
Step 1						
Age	-0.44	0.17	0.46	0.64	0.90	-.88**
Step 2						
Age	-0.42	0.18	0.46	0.66	0.94	-.83*
Family sexuality	0.59	0.28	1.04	1.80	3.12	.74*

Note. $R^2 = .15$ (Cox & Snell), $.19$ (Nagelkerke) for Step 1; $\Delta R^2 = .08$ (Cox & Snell), $.11$ (Nagelkerke) for Step 2. Model $\chi^2(2) = 12.51$.

* $p \leq .05$. ** $p \leq .01$.

Table 4

Classification Table for Hierarchical Logistic Regression Model of PSB Persistence Using Anterior Factors

Observed	Predicted		Percentage correct (%)
	PSB persistence	PSB desistance	
PSB persistence	15	6	71.4
PSB desistance	6	22	78.6
Overall (%)			75.5

Table 5

Summary of Hierarchical Logistic Regression Analysis Predicting Persistence of PSB Using Concomitant Factors (N = 49)

Variable	<i>B</i>	<i>SE B</i>	95% CI for exp b			β
			Lower	Odds ratio	Upper	
Step 1						
Age	-0.44	0.17	0.46	0.64	0.90	-.88**
Step 2						
Age	-2.28	1.06	0.01	0.10	0.81	-4.53*
Family sexuality	2.28	0.94	1.56	9.78	61.44	2.57*
Somatic complaints	0.49	0.24	1.01	1.63	2.63	3.78*
Thought problems	0.16	0.14	0.90	1.17	1.53	1.54
EP	0.47	0.19	1.11	1.60	2.30	4.20**

Note. $R^2 = .15$ (Cox & Snell), $.19$ (Nagelkerke) for Step 1; $\Delta R^2 = .48$ (Cox & Snell), $.64$ (Nagelkerke) for Step 2. Model $\chi^2(5) = 48.21$.

* $p \leq .05$. ** $p \leq .01$.

Table 6

Classification Table for Hierarchical Logistic Regression Model of PSB Persistence Using Concomitant Factors

Observed	Predicted		Percentage correct (%)
	PSB persistence	PSB desistance	
PSB persistence	19	2	90.5
PSB desistance	3	25	89.3
Overall (%)			89.8

CHAPITRE IV

DISCUSSION

DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce chapitre constitue une discussion générale au sujet des résultats obtenus dans les deux articles empiriques de la thèse. Quatre parties distinctes composent le présent chapitre. Les deux premières parties synthétisent, puis discutent des résultats obtenus concernant l'étiologie respective des comportements sexuels problématiques (CSP) et des problèmes extériorisés (PE) de même que de la persistance des CSP. La troisième partie traite des implications théoriques et cliniques des résultats de l'étude. Finalement, la dernière partie porte sur certaines considérations méthodologiques en soulignant les forces et les limites de notre recherche ainsi que les pistes de recherches futures.

4.1 Synthèse des résultats des deux articles de thèse

Les objectifs du présent projet de recherche consistaient à : (a) déterminer les facteurs familiaux et personnels qui prédisent respectivement le développement des CSP et des PE; (b) préciser l'ampleur de la persistance des CSP sur une période d'une année et (c) déterminer le profil personnel et familial des enfants les plus susceptibles de maintenir des CSP durant la même période. La prise en considération des différents déterminants qui concourent à l'émergence différenciée des CSP et des PE constitue manifestement une contribution originale de la thèse, car il n'y a pas d'étude qui, à notre connaissance, a tenté de discerner l'étiologie des CSP des PE. La détermination du taux de persistance des CSP et l'examen longitudinal des facteurs qui influencent la stabilité des CSP sont également des contributions novatrices. En effet, peu d'études ont examiné la persistance des CSP chez les enfants et aucune n'a, selon notre recension, pris en considération la contribution respective de facteurs personnels et familiaux dans ce maintien.

Les résultats de la présente thèse soulignent que les CSP sont observés chez près de trois enfants sur dix dans le système de protection de l'enfance. De plus, les données indiquent que les enfants qui manifestent des CSP et ceux qui ont des PE présentent certaines expériences de vie et caractéristiques personnelles différentes. En effet, les analyses ont révélé que les enfants qui présentent des CSP se démarquent par leur jeune âge et leur vécu dans un environnement familial caractérisé par une plus grande sexualité. Quant aux enfants qui manifestent des PE, ils sont plus susceptibles de subir de la négligence caractérisée par une supervision parentale négligente comparativement aux enfants avec des CSP. Toutefois, les enfants qui présentent des CSP et des PE partagent un même passé de violence verbale.

Les résultats présentés au chapitre III permettent d'observer qu'un peu moins de la moitié des enfants continuent de présenter des CSP après un an (43 %). L'analyse des facteurs passés et actuels associés à la persistance des CSP dresse un tableau de résultats qui dénote l'influence significative de l'environnement familial sur les CSP des enfants. Ainsi, les données obtenues suggèrent que les enfants, dont les CSP se maintiennent, vivaient au cours de l'année précédente dans un environnement familial plus sexualisé que ceux qui ont cessé leurs CSP. L'examen des facteurs concomitants chez les enfants qui continuent de manifester des CSP pendant un an indique qu'ils vivent encore dans un environnement familial plus sexualisé et qu'ils présentent également des difficultés psychologiques, soit des troubles de la pensée, des plaintes somatiques et des PE.

4.2 Interprétation des résultats présentés dans les deux articles

L'état actuel de la connaissance ne nous permettait pas de savoir si les CSP sont distincts des PE sur le plan des processus psychologiques associés à leur manifestation : sont-ils simplement des comportements qui consistent en des PE de

nature sexuelle? En effet, la nature agressive de certaines conduites relatives aux CSP peut contribuer à assimiler cette problématique aux PE. Cette étude permet de faire ressortir une étiologie partiellement différente des CSP et des PE et favorise l'idée selon laquelle ces phénomènes correspondraient à deux difficultés qui se distinguent à certains égards. Les expériences de vie distinctes des enfants, selon qu'ils présentent des CSP ou des PE, suggèrent notamment que les écrits qui ont porté sur la persistance des PE ne peuvent pas contribuer à informer, ni à expliquer le maintien des CSP. Il est important de procéder à l'examen de la continuité d'une difficulté, étant donné qu'elle est un des critères d'un trouble psychologique (American Psychiatric Association [APA], 2000) et, conséquemment, facilite l'orientation de l'enfant vers des services d'aide compétents. À cet égard, les résultats de la présente étude révèlent un niveau de persistance modéré des CSP et ont permis de faire ressortir un profil des enfants les plus susceptibles de continuer de présenter des CSP. Cette identification du portrait des enfants qui persistent à manifester des CSP est essentielle autant dans une optique de prévention de la victimisation chez d'autres enfants que de prestations de services aux enfants qui sont le plus à risque de chronicité des CSP. Enfin, il se dégage de l'examen des résultats de l'étude certains résultats inattendus, notamment en ce qui concerne l'influence de l'agression sexuelle sur les CSP.

4.2.1 Influence des facteurs personnels et familiaux

Alors que la victimisation sexuelle des enfants qui présentent des CSP a été fréquemment relevée dans les écrits (Friedrich et al., 2001; Hall et al., 2002; Gray et al., 1997; Gray et al., 1999), d'autres auteurs soutiennent le contraire (Bonner et al., 1999; Drach et al., 2001; Silovski et Niec, 2002). Les études qui soutiennent que la victimisation sexuelle explique les CSP rapportent un taux particulièrement élevé d'agression sexuelle chez les enfants qui présentent des CSP, soit d'environ 84 à

100 % (Gray et al., 1997, 1999). À cet égard, dans un échantillon d'enfants abusés sexuellement, Hall et ses collègues (1998) ont souligné que certaines composantes de la victimisation sexuelle, telles que l'excitation sexuelle de l'enfant lors de sévices, l'utilisation de sadisme de la part de l'agresseur et l'individu que l'enfant tient responsable de l'agression sexuelle (soi-même ou l'agresseur), prédisaient l'émergence des CSP. Il est aussi possible que certains CSP précis soient liés à la victimisation sexuelle (Drach et al., 2001). Les enfants abusés sexuellement peuvent être, par exemple, plus portés à diriger les CSP envers autrui que vers soi-même (Lepage et al., 2010). D'ailleurs, des particularités de la victimisation sexuelle, telles que le moment de l'agression, le lien entre l'agresseur et l'enfant ou le type de comportement d'agression sexuelle subie, mériteraient d'être examinées puisqu'elles pourraient influencer sur le développement de certains CSP. En revanche, Bonner et al. (1999) estiment que l'agression sexuelle peut augmenter la probabilité d'émergence des CSP, mais n'est pas une variable suffisante pour expliquer à la fois leur présence et leur persistance. Les écrits qui soutiennent que la victimisation sexuelle n'explique pas à elle seule les CSP relèvent un taux d'agression sexuelle qui varie de 15 à 48 % dans un échantillon d'enfants qui manifestent des CSP (Bonner et al., 1999; Lightfoot et Evans, 2000; Silovsky et Niec, 2002). Les résultats de cette thèse vont dans le sens de ces recherches, alors qu'ils suggèrent un taux de victimisation sexuelle de 23 % des enfants qui présentent des CSP et indiquent que l'agression sexuelle ne prédit ni leur émergence, ni leur persistance. L'impact d'une agression sexuelle passée sur les CSP des enfants demeure assurément une question à débattre, notamment par l'entremise de la détermination des caractéristiques de la victimisation sexuelle susceptibles d'influencer l'émergence des CSP. Cependant, nos résultats suggèrent, à l'instar d'autres études, que l'expérience de victimisation sexuelle n'est pas un facteur d'influence suffisant pour comprendre la manifestation de CSP.

Alors que les études antérieures en font pas ou peu mention, la violence verbale semble avoir un impact significatif sur les CSP des enfants. Les résultats de notre étude suggèrent en effet que la violence verbale contribue au développement des CSP et des PE, mais n'est pas un facteur suffisant pour influencer la persistance des CSP. Berman (1993) soutient qu'il y aurait trois réactions possibles chez les enfants exposés à la violence verbale : i) certains se comportent comme l'agresseur et présenteront, par apprentissage, des problèmes de comportement; ii) certains agiront telle une victime et manifesteront des problèmes intériorisés et iii) d'autres auront un développement normal grâce à différents facteurs de protection. Les idées de Berman (1993) peuvent contribuer à expliquer l'émergence des CSP et des PE chez les enfants de notre échantillon. Celui-ci soutient que les enfants victimes d'insultes ou de reproches de la part de ses parents ou d'adultes de sa famille peuvent réagir d'une manière agressive. L'exposition à la sexualité est une caractéristique familiale qui distingue les enfants qui présentent des CSP de ceux qui manifestent des PE. Or, les enfants victimes de violence verbale exposés à une plus grande sexualité dans la famille peuvent avoir appris à manifester leur agressivité par des CSP, alors qu'il est possible que dans un contexte familial moins sexualisé, les enfants soient plus susceptibles de manifester des PE. Enfin, la violence verbale semble n'avoir eu cependant qu'un effet à court terme sur l'émergence des CSP puisque son influence n'explique pas la persistance des CSP.

La présente thèse fait ressortir certains résultats qui sont attendus, soulignant notamment la contribution significative d'un environnement familial sexualisé sur l'émergence et la persistance des CSP des enfants. Les données correspondent à nombre d'études antérieures ayant relevé l'apport du contexte de vie comme facteur d'influence sur le développement de diverses difficultés chez l'enfant, telles que les comportements agressifs et criminels, l'hyperactivité et la symptomatologie successive à une agression sexuelle (Bolen et Lamb, 2007; Garnefski et Okma, 1996;

Rhee et Waldman, 2002; Schmitz, 2003; Tremblay, 1999). L'émergence des CSP dans un contexte d'exposition à un environnement familial sexualisé concorde avec les écrits antérieurs (Bonner et al., 1999; Friedrich et al., 1998, 2003; Hall et al., 2002) ainsi qu'avec les fondements de la théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1977). En effet, un apprentissage des CSP par observation des modèles parentaux apparaît s'effectuer lorsque les enfants sont témoins du peu de frontières personnelles des membres de la famille en ce qui concerne la sexualité. Par conséquent, ces enfants seront peu enclins à respecter les limites personnelles des autres enfants ou des autres adultes, de sorte qu'il leur est probablement plus difficile d'apprendre et d'intégrer les règles des comportements sexuels respectueux des frontières personnelles d'autrui. De même, en l'absence possible de règles instaurées par le contexte de vie lors de la manifestation de CSP, les enfants sont susceptibles de maintenir leurs comportements dérangeants.

La supervision parentale négligente, c'est-à-dire le faible encadrement des enfants et l'insuffisance de discipline et de règles de conduite au sein de la famille, semble faiblement lié au développement des CSP lors d'analyses statistiques univariées, mais ne l'est pas dans les analyses subséquentes lorsque d'autres facteurs prédictifs sont envisagés. Toutefois, la supervision parentale négligente prédit l'émergence des PE. Cette distinction sur le plan du contexte familial dans l'étiologie des CSP et des PE rejoint une autre différence familiale relevée quant à l'exposition à la sexualité, laquelle caractérise l'émergence des CSP des enfants. Ces résultats suggèrent une tendance des familles des enfants qui manifestent des CSP à s'ingérer dans l'intimité de leur enfant, du moins en ce qui a trait aux frontières personnelles, plutôt que de lui offrir peu d'encadrement et de supervision, ce qui est plus caractéristique des familles des enfants qui présentent des PE. Bref, la nature des difficultés comportementales manifestées par les enfants s'avère être le reflet de problèmes issus de leur contexte familial.

Selon les données présentées aux chapitres II et III, un plus jeune âge apparaît particulièrement lié autant à l'émergence des CSP qu'à leur persistance. Les adultes peuvent tendre à être plus laxistes envers les comportements sexuels des jeunes enfants en croyant que ce sont simplement des jeux sans conséquence et que c'est une étape qu'ils passeront (Hart-Kerkhoffs et al., 2009). À la lumière des résultats de la présente thèse, une telle attitude n'apparaît pas aidante. En effet, les parents des enfants qui présentent des CSP peuvent montrer une supervision adéquate en général, mais compte tenu de l'environnement plus sexualisé spécifique de ces familles, une position plus permissive envers la sexualité des jeunes enfants semble leur nuire. L'immatunité caractéristique du jeune âge des enfants qui présentent des CSP peut contribuer à les amener à agir alors sous l'impulsion du moment, en ignorant la portée de leurs gestes pour les autres enfants. De plus, ces résultats rappellent la conceptualisation de Moffit (1993) du trouble des conduites à début hâtif pendant l'enfance et du type à début tardif pendant l'adolescence. Selon Moffit (1993), l'apparition précoce des difficultés comportementales pourrait être annonciatrice de difficultés plus graves et plus chroniques qu'une survenue, par exemple, à l'adolescence. Des études longitudinales de l'enfance à l'âge adulte permettraient justement de vérifier si les enfants qui manifestent précocement des CSP sont susceptibles de maintenir leurs comportements répréhensibles.

4.2.2 Influence des difficultés psychologiques

En ce qui a trait aux difficultés psychologiques, les résultats ont révélé que les enfants qui manifestaient un niveau plus élevé de PE, de troubles de la pensée et de plaintes somatiques étaient plus susceptibles de présenter et de maintenir des CSP sur une période d'un an. Il est envisageable que les troubles de la pensée des enfants prennent notamment la forme de distorsions cognitives sur leur sexualité et celles des autres. Les enfants qui présentent des CSP ne perçoivent possiblement pas

adéquatement les conséquences nuisibles de leurs conduites sur autrui de même que les signes de détresse et de malaise des autres enfants qui subissent leurs CSP. Chez les adolescents, les distorsions cognitives ont été décrites comme un facteur de risque d'une récidive sexuelle (Kahn et Chambers, 1991; Kenny et al., 2001). Puisque les troubles de la pensée sont liés au développement des CSP lors d'analyses statistiques univariées, mais ne le sont pas lors des analyses subséquentes lorsque d'autres facteurs sont pris en considération, les résultats suggèrent que les troubles de la pensée ont un impact moins important sur la persistance des CSP en comparaison aux plaintes somatiques et aux PE.

Les enfants dont les CSP persistent présentent des verbalisations sur des douleurs somatiques, telles que des maux de tête ou de ventre. Plusieurs hypothèses peuvent contribuer à expliquer ces verbalisations. D'une part, celles-ci peuvent être une manière de diriger l'attention de l'adulte vers leur souffrance plutôt que vers leurs difficultés comportementales. En effet, étant donné les taux élevés de PE relevés chez les enfants qui présentent des CSP, il est possible que l'entourage leur formule fréquemment différentes interventions de nature disciplinaire pour les aider à suivre les règles. Dans l'éventualité où l'enfant apprend que les verbalisations somatiques entraînent une attitude de sympathie chez l'adulte, celles-ci peuvent se trouver renforcées, de sorte que l'enfant utilisera cette excuse pour éviter les réprimandes. D'autre part, ces plaintes somatiques peuvent aussi témoigner d'une maltraitance et s'être développées subséquemment (Brown et al., 2005). Les enfants peuvent avoir recours aux plaintes somatiques comme outil de verbalisation d'une souffrance plus souvent socialement acceptable, lorsqu'elle est exprimée sous forme de douleur physique plutôt de souffrance émotionnelle. Garralda (1999) relève que les plaintes somatiques surviennent typiquement à la suite de l'expérience de stressseurs psychosociaux. En outre, il est généralement bien accepté que le stress et les inquiétudes peuvent prendre la forme de douleurs physiques. De même, dans un

contexte familial où des parents accompagnent peu ou pas leurs enfants à mettre des mots sur ce qu'ils ressentent, certains de ces enfants peuvent n'avoir jamais appris à verbaliser leurs expériences émotionnelles. Relativement à cette difficulté d'exprimer leurs émotions adéquatement, certains enfants sont susceptibles de manifester les émotions désagréables sous forme de plaintes somatiques, de PE et de CSP.

Les résultats présentés au chapitre III indiquent que les enfants qui ont des PE au temps 2 sont plus susceptibles d'avoir persisté dans leurs CSP. Ainsi, la combinaison de PE et de CSP de ces enfants suggère qu'ils présentent des problèmes de comportement plus chroniques et plus graves, car les CSP et les PE de la majorité des autres enfants se seraient résorbés. En outre, les enfants dont les CSP se maintiennent peuvent être à risque de développer plus de PE que ceux qui cessent d'entretenir des CSP. En effet, les résultats soulignent que les PE antérieurs des enfants ne contribuent pas à prédire le maintien des CSP un an plus tard, ils apparaissent plutôt concomitamment avec les CSP. Un tel contexte appuie l'idée d'une cristallisation des problèmes de comportement manifestés chez les enfants aux CSP persistants. Ce contexte fournit aussi un apport supplémentaire aux données de la présente étude quant à la considération des CSP et des PE comme deux construits partiellement différents. Plus particulièrement, l'évaluation d'une difficulté unique à deux temps de mesure aurait été susceptible de mener à un résultat suggérant une relation significative entre les deux moments de l'évaluation. Enfin, il est courant que les facteurs concomitants soient souvent de meilleurs prédicteurs que les facteurs distants dans le temps.

4.2.3 Taux de persistance des comportements sexuels problématiques

Le taux de persistance (43 %) des CSP est identique à celui constaté dans l'étude de Friedrich et ses collègues (2005) en ce qui concerne les enfants en famille

d'accueil (43 %), mais très différent du taux relevé pour ceux en centre de traitement résidentiel (92 %) (Friedrich et al., 2005). La similitude de ces taux s'explique probablement par la composition des échantillons; la majorité des enfants (62 %) de cette thèse vit dans sa famille biologique, de sorte qu'il s'apparente au taux relevé chez les enfants de l'étude de Friedrich et ses collègues (2005) qui vivent en famille d'accueil. Diverses hypothèses peuvent contribuer à expliquer la différence de persistance notée auprès des enfants en centre de traitement résidentiel. L'échantillon de Friedrich et ses collègues (2005) d'enfants en centre de traitement résidentiel est probablement caractérisé par des enfants plus lourdement hypothéqués que celui de la présente étude. Toutefois, cette donnée n'est pas vérifiable, étant donné que les auteurs ne fournissent que des renseignements sur les CSP manifestés, mais aucun sur d'autres variables, telles que la santé mentale des enfants et la maltraitance subie. D'autres caractéristiques personnelles, soit l'âge et le sexe, distinguent aussi l'étude de Friedrich et ses collègues (2005) de la présente thèse. En comparaison avec la présente étude, les enfants de l'échantillon de Friedrich et ses collègues (2005) sont davantage à prédominance masculine (79 %) et sont plus âgés (de 10 à 12 ans). Les CSP de ces enfants peuvent déjà s'être cristallisés et aggravés, ce qui peut contribuer à expliquer le taux de persistance plus élevé.

En somme, la présente thèse a permis de franchir un pas considérable en faisant ressortir que certaines expériences de vie et caractéristiques personnelles et familiales différentes distinguent les enfants qui présentent des CSP de ceux qui manifestent des PE. L'influence d'un environnement familial sexualisé est apparue significative dans l'explication de l'émergence des CSP ainsi que de leur persistance. Plus particulièrement, les enfants avec des CSP ont, à un certain degré, été exposés à des expériences sexuelles inappropriées pour leur jeune âge, telles que voir de la pornographie ou des adultes dans des positions sexuelles. Les données semblent indiquer des voies aussi prometteuses en ce qui concerne la détermination de certains

symptômes qui accompagnent les enfants qui continuent de présenter des CSP, soit les problèmes de la pensée, mais surtout les problèmes somatiques et les PE. De prime abord, les facteurs concomitants de la persistance des CSP décelés dans la présente thèse sont probablement des indicateurs de problèmes plus chroniques chez l'enfant. En effet, les PE et la somatisation sont deux phénomènes qui reflètent la difficulté de l'enfant à bien gérer ses émotions et sensations, dont celles qui peuvent émaner du contexte familial. D'autres études devront s'y pencher pour bien préciser leur influence sur les CSP ainsi que leurs mécanismes d'action sous-jacents. En somme, les résultats de cette étude suggèrent qu'alors que les CSP peuvent être pour bon nombre d'enfants une façon de réagir aux divers sévices subis dans le contexte d'un environnement familial sexualisé, leur persistance met toutefois à contribution d'autres facteurs que la maltraitance.

4.3. Implication théorique et clinique

Cette recherche a révélé que près du tiers des enfants dans le système de protection de l'enfance présentent des CSP et que près de la moitié de ceux-ci persisteront à manifester ces comportements sur une période d'un an. L'environnement familial joue un rôle prépondérant dans l'émergence et le maintien des CSP. Malgré la présence d'un facteur commun avec les PE, soit la violence verbale, l'étiologie des CSP diffère partiellement des PE, de telle sorte que les CSP ne peuvent pas être assimilés à des PE de nature sexuelle. Il importe de relever que le terme étiologie ne doit pas être interprété au sens strict, le chapitre II soulève plutôt un questionnement quant à une étiologie différente des CSP et des PE. En ce qui concerne l'aspect clinique, les résultats de la thèse suggèrent notamment que les modalités de dépistage précoce et les modalités d'intervention utilisées pour traiter les PE ne peuvent être programmées telles quelles pour aider les enfants qui présentent des CSP. En conséquence, les données de la présente étude offrent plusieurs

retombées pour ce qui est des pratiques théoriques et cliniques visant à soutenir les enfants qui présentent des CSP à réduire leurs difficultés. D'abord, la nature transitoire des CSP pour plus de la moitié des enfants mérite d'être soulignée. Pour les enfants dont les CSP persistent, des interventions psychologiques spécifiques des CSP, axées sur la sexualité et la communication dans la famille, et sur la symptomatologie de l'enfant mériteraient d'être implantées. De plus, l'évaluation systématique des CSP dans le système de protection de l'enfance permettrait de préciser les besoins des enfants en matière de suivi thérapeutique.

Les résultats de la présente recherche s'avèrent d'une grande importance pour le système de protection de l'enfance. Divers écrits soulignent que les intervenants sont mal préparés pour prendre en charge efficacement les CSP des enfants; qu'ils ressentent un malaise et même une forme de rejet envers les enfants placés qui manifestent des CSP et qu'ils auraient ainsi besoin de formation (Baker et al., 2001; Farmer, 2004; Hoyle, 2000). Ce manque de formation adéquate des intervenants sur les CSP est susceptible de favoriser chez les enfants qui présentent des CSP des changements de milieu de vie plus fréquents (Hoyle, 2000) ainsi que des biais cognitifs chez les intervenants (Swisher et al., 2008). L'instabilité du placement ne serait pas sans conséquence et serait liée à une augmentation des difficultés émotionnelles des enfants qui présentent des CSP (Baker et al., 2001) et même à des risques accrus d'observer des CSP chez les enfants (Tarren-Sweeney, 2008). En outre, les enfants présentant des CSP seraient facilement stigmatisés comme des agresseurs sexuels dans les dossiers des services de la protection de la jeunesse (Swisher et al., 2008).

Sur la base des résultats rapportés dans cette thèse, certaines idées préconçues sur les enfants qui présentent des CSP méritent d'être discutées. Les CSP des enfants semblent essentiellement transitoires puisque 57 % d'entre eux cessent d'émettre des

CSP sur une période d'un an, même en l'absence d'un traitement spécialisé. Il est même possible qu'une autre diminution substantielle puisse être attendue en ayant recours à un suivi plus long. Les résultats de la présente étude relative à la persistance s'éloignent des visions préconçues relevées chez des intervenants, confondant une manifestation de CSP à l'enfance et la problématique des agresseurs sexuels adolescents et adultes. Les CSP peuvent notamment dénoter une instabilité affective chez les enfants, une socialisation plus sexualisée dans la famille ou une utilisation de mécanismes d'adaptation inappropriée quant aux sévices subis dans le passé. La nature essentiellement transitoire des CSP suggère que la mise en place d'interventions psychologiques propres aux CSP est susceptible de mener à la résolution des CSP chez la plupart des enfants à risque de les maintenir. D'ailleurs, cette thèse a permis de cerner le profil des enfants les plus susceptibles de persister dans leurs CSP, soit ceux qui vivent dans un environnement familial sexualisé et qui présentent concomitamment des PE et des troubles de la pensée. Le portrait qui ressort des résultats de cette thèse suggère que le suivi auprès de ces enfants ne peut pas se faire en étant seulement centré sur les comportements émis, mais en développant une vision et un traitement systémique. Nous croyons aussi que ces enfants devraient avoir un accès prioritaire à des interventions sur mesure. Cette mise en place permettra de prévenir une potentielle aggravation des CSP chez certains enfants et conséquemment de faire de nouvelles victimes, à savoir ceux qui pourraient subir leurs CSP. Les suivis selon les principes de l'approche cognitivo-comportementale se sont révélés efficaces à diminuer significativement la fréquence des CSP chez les enfants (Bonner et al, 1999), mais ces programmes mériteraient d'intégrer davantage d'interventions spécifiques quant à la gestion des échanges familiaux à caractères sexuels, ainsi qu'à la propension aux PE et aux somatisations. Au même titre que l'enfant présentant des CSP, nous croyons que l'efficacité de ces programmes s'en trouverait augmentée si l'entourage de l'enfant est impliqué dans le traitement des CSP.

La présente étude suggère en effet que des interventions devraient être réalisées en ce qui a trait à la sexualité et aux limites dans la famille de l'enfant qui présente des CSP, car l'exposition à un environnement familial sexualisé est à la fois un facteur d'apparition et de persistance des CSP. De plus, la violence verbale au sein de la famille influence également l'apparition des CSP. Il est probable que l'amélioration de la communication dans la famille pourrait s'avérer une cible d'intervention pertinente à envisager. Du moins, ces indicateurs familiaux contribuent à aider au dépistage des enfants qui présentent des CSP, soit les familles ayant un jeune enfant qui a vécu ou a été témoin de violence verbale et dans lesquelles la sexualité semble problématique. Ensuite, des interventions psychologiques axées sur les facteurs concomitants pourraient être réalisées chez l'enfant et entraîneraient notamment d'améliorer ses capacités de régulation émotionnelle, lesquelles s'avèrent probablement faibles comme le suggèrent les problèmes de somatisation et les PE présentés.

De plus, des interventions dans le système de protection de l'enfance mériteraient d'être mises en œuvre. Une évaluation systématique des CSP de tous les enfants avant leur admission dans un nouveau milieu de vie devrait également être intégrée à l'ensemble des instruments d'évaluation habituellement utilisé. En fait, une meilleure formation des intervenants du système de protection de l'enfance aux difficultés éprouvées par les enfants qui présentent des CSP et la prise de connaissance des résultats de leur évaluation leur permettraient d'apaiser leurs craintes envers cette clientèle et d'y être plus ouverts. Justement, certaines ressources d'hébergement du système de protection de l'enfance refuseraient même les enfants qui présentent des CSP dans leurs établissements, de sorte qu'ils seraient sous rapportés lorsque ces enfants y sont référés (Hoyle, 2000). Une telle attitude n'est bénéfique ni à l'enfant qui présente des CSP, ni aux autres qui pourraient être victimes de leurs comportements. Dès qu'un CSP est observé, nous croyons qu'un

suivi spécialisé, même très bref, devrait être envisagé. Certains enfants peuvent n'avoir besoin que de quelques séances de psychoéducation, par exemple un apprentissage de la notion des frontières personnelles, pour leur permettre de cesser ou diminuer significativement leurs CSP. D'autres enfants pourraient avoir besoin d'interventions qui dépasseront l'objectif du traitement unique des CSP compte tenu de la présence de troubles de santé mentale comorbides (Bonner et al., 1999; Gray et al., 1997, 1999) ou de la présence des facteurs concomitants ciblés dans la présente étude et associés à la persistance des CSP.

Enfin, comme cette thèse a révélé une étiologie partiellement différente entre les CSP et les EP ainsi qu'une persistance des CSP chez certains enfants, ces résultats pourraient ouvrir la voie vers la reconnaissance d'un nouveau diagnostic psychologique chez les enfants dans les manuels de diagnostic psychologique, tels que le DSM-IV (APA, 2000) et l'International Classification of Diseases and Related Health Problems (World Health Organization, 2007). Par exemple, les critères actuels du trouble de la conduite incluent des énoncés sur les problèmes de comportements sexuels des enfants. Toutefois, compte tenu de nos résultats, l'inclusion de ces énoncés dans le diagnostic peut diminuer la validité de celui-ci. De même, les études auprès des enfants qui présentent des PE pourraient veiller à ne pas inclure d'enfants qui manifestent exclusivement des CSP dans leur échantillon.

4.4. Considérations méthodologiques générales à la recherche

4.4.1 Force et limites

On observe actuellement dans les écrits un manque flagrant d'études empiriques valides portant sur la persistance des CSP des enfants. De nombreuses études portent sur des adolescents ou des adultes agresseurs sexuels à qui l'on a

demandé de se souvenir du moment du début de leurs comportements sexuels abusifs, mais elles présentent habituellement des problèmes engendrés par les récits rétrospectifs sur le plan de la validité des renseignements obtenus. Il convenait donc de combler ces lacunes par une étude comportant plusieurs améliorations méthodologiques par rapport aux recherches précédentes. Tout d'abord, il est important de constater que l'échantillon utilisé représente une amélioration en matière d'effectifs relativement à beaucoup d'études dans le domaine. De plus, le recours à un échantillon représentatif des enfants pris en charge par le système de protection de l'enfance assure à l'étude une très bonne validité externe. Mentionnons une grande force de cette étude où la méthode de sélection des participants à partir de la liste hebdomadaire des enfants nouvellement admis dans le système de protection de l'enfance permet d'ouvrir la possibilité à tous de participer à la recherche. Enfin, le recours à des instruments de mesure fiables ajoute aux validités interne et externe de l'étude. Seul un questionnaire non validé a toutefois été utilisé, dans le but de déterminer la présence ou l'absence d'une agression sexuelle chez l'enfant (seule cette question a été retenue).

La présente thèse est limitée par des difficultés inhérentes aux études sur une clientèle du système de protection de l'enfance. D'une part, il est difficile de distinguer les effets propres à chaque type d'expérience de maltraitance subie par les enfants, plusieurs ayant vécu une cooccurrence d'expériences de maltraitance ainsi que le même type de sévices à répétition. D'autre part, une des limites à prendre en considération concerne l'intervention offerte dans le système de protection de l'enfance. Bien que cette intervention soit non spécialisée, certains enfants peuvent avoir bénéficié d'un certain service d'aide. Des enfants peuvent avoir reçu de manière parallèle au suivi du système de protection de l'enfance un traitement pour des difficultés de santé mentale. Par conséquent, ces situations peuvent avoir contribué à influencer le taux de persistance évalué de sorte que la prudence s'impose dans

l'estimation de la valeur de ce taux. Les études futures devraient s'attarder à mieux documenter les services reçus par les enfants afin de déterminer l'intensité du traitement reçu et son impact sur les CSP. Dans la mesure du possible et dans un souci de respect des règles des comités d'éthique, la constitution d'un groupe témoin n'ayant pas reçu de services thérapeutiques serait avantageuse. De plus, certaines variables qui pourraient être liées au développement des CSP n'ont pas été prises en considération dans la présente thèse, notamment des facteurs liés à l'école, au tempérament, au mode d'attachement de l'enfant ainsi que la réaction du parent à l'annonce ou à la découverte des CSP de son enfant. Enfin, certaines autres caractéristiques de la présente étude limitent la portée des résultats obtenus. La plupart de ces éléments sont approfondis dans les deux articles (voir chapitres II et III), le taux d'attrition et l'identité du répondant constituant les autres limites principales de l'étude.

4.4.2 Directions futures

La recherche axée sur les enfants qui présentent des CSP en est à ses balbutiements. D'autres études seront nécessaires pour explorer notamment l'évolution des CSP sur une durée supérieure à une année. En effet, un profil différent peut émerger en fonction de l'âge de l'enfant, de son sexe, de son contexte de vie ou de la présence d'autres types de difficultés. À titre d'exemple, il est envisageable que les CSP puissent être des précurseurs à des problèmes de délinquance juvénile pour certains enfants, alors que pour d'autres ils se transformeront en difficultés de nature anxieuse ou d'humeur.

L'étude n'a porté que sur les facteurs de risque des CSP chez les enfants. L'élaboration d'une étude qui adresserait aussi les facteurs de protection permettrait de construire une vision plus large du développement des CSP. Par exemple, certains

facteurs compensatoires transitoires peuvent être suffisants pour atténuer les risques d'une évolution des CSP. La prise en considération de certains éléments, comme de bons résultats scolaires, des relations satisfaisantes avec son groupe de pairs ou un encadrement parental lorsque les CSP sont découverts, permettrait de relever l'importance d'autres déterminants qui peuvent limiter l'émergence et faciliter la résorption des CSP.

En ce qui a trait à l'évaluation des CSP, les prochaines études mériteraient de se pencher sur la construction d'un instrument de mesure particulier aux CSP. Le CSBI, élaboré par Friedrich (1997), est le questionnaire largement utilisé dans les écrits pour l'évaluation des comportements sexuels. Cette mesure compile la fréquence d'une large gamme de comportements sexuels normaux et problématiques, puis indique un résultat total de tous les comportements. Toutefois, cette utilisation ne permet pas de distinguer les comportements sexuels normaux de ceux qui sont problématiques. Par conséquent, afin d'identifier les enfants qui présentent des CSP, l'utilisateur du questionnaire est contraint à ne sélectionner que certaines questions. L'élaboration d'un instrument de mesure permettant de distinguer les enfants qui manifestent des CSP serait pertinente pour des études futures.

Certaines caractéristiques des formes de maltraitance subies peuvent contribuer différemment au développement des CSP. Ainsi, la fréquence et la sévérité des sévices peuvent notamment influencer la gravité et le type de CSP émis. Par exemple, la négligence peut présenter des formes diverses qui n'ont probablement pas toutes le même impact chez un enfant. Un enfant peut être considéré comme négligé parce que sa famille vit dans des conditions insalubres, un autre parce qu'il ne reçoit pas suffisamment de supervision parentale et un dernier parce que son parent est décédé. Ce thème mériterait des recherches supplémentaires puisque seule l'étude de

Merrick et al. (2008) a, à notre connaissance, examinée le moment, le type et l'impact des formes de maltraitance.

Les facteurs concomitants de la persistance des CSP sont une avenue de recherche qui devrait être davantage étudiée. À titre d'exemple, la présence d'un trouble de la pensée chez les enfants qui persistent dans leurs CSP est intrigante. La détermination précise du type de pensées inadaptées présentes chez les enfants qui persistent dans leurs CSP permettrait notamment de cerner une zone de travail thérapeutique. La présence d'attributions erronées aux sévices subis ou de distorsions cognitives sur la sexualité a été précédemment observée chez des clientèles plus âgées, mais peu chez les enfants, à l'exception d'études sur les attributions de blâme par suite d'une agression sexuelle subie (Mannarino et al., 1994).

4.5. Conclusion

La recherche dans le domaine des CSP chez les enfants est actuellement en pleine ébullition. De fait, l'étude actuelle souligne l'importance de s'y attarder en tant que difficulté à part entière. En effet, la présente recherche représente un effort important qui a permis de faire ressortir que les CSP sont un type de difficulté qui se distingue partiellement des PE, mais que similairement aux PE, ils peuvent persister chez certains enfants. En outre, les enfants qui continuent de manifester des CSP sur une période d'un an présentent un profil différent de ceux qui cessent d'en présenter. À cet égard, des efforts futurs devront être déployés pour défaire les idées préconçues de professionnels, de décideurs et même de chercheurs selon lesquelles la population d'enfants qui présentent des CSP est une menace pour la société. Malheureusement, certaines politiques publiques ne parviennent pas à distinguer adéquatement les enfants présentant des CSP des agresseurs sexuels et vont dans le sens de l'application de règles restrictives pour ces enfants, telles que la décision récente

d'instaurer l'Adam Walsh Child Protection and Safety Act (2006) aux États-Unis. Cette loi établit que tous les états américains doivent soumettre le nom de tous les jeunes de 14 ans et plus reconnus de comportements sexuels abusifs dans le registre national des agresseurs sexuels. Or, la loi permet aux états d'y inscrire le nom de jeunes qui ont moins de 14 ans. Une telle politique ouvre donc la porte à une importante stigmatisation pour des enfants qui ont agi, par exemple, par imitation dans le contexte d'un environnement familial sexualisé ou d'autres qui ont procédé à des attouchements sur un autre jeune par besoin d'expérimentation.

ANNEXE A

LETTRE DE L'ÉDITEUR D'ACCEPTATION DE L'ARTICLE I

à mirelevesque@gmail.com
 cc Aggressive.Behavior@umich.edu
 date 14 juillet 2010 17:39
 objet AB-09-142.R2 - Decision
 envoyé par manuscriptcentral.com
 14-Jul-2010

Dear Dr. Lévesque,

I am pleased to tell you that your manuscript "Externalizing Problems and Problematic Sexual Behaviors: Same Etiology?" is now acceptable for publication in Aggressive Behavior. Thank you for your responsiveness to the concerns raised previously by the reviewers. I think your paper is an important piece of work that could have an impact on the field. Congratulations on this outcome. Aggressive Behavior has a high rejection rate and tries to publish only the best and most important research in the field. The decision has also been forwarded to the Editor-in-Chief who will deal with further issues relating to time of publication etc.

Please note the following:

☐ A signed copyright transfer agreement is needed for publication. The agreement form is attached. You can also access this form at <http://www3.interscience.wiley.com/homepages/central/cta/USscta.pdf>. Please print the form; complete both sides; have it signed by all authors; and mail, Email or Fax it to our editorial offices at the University of Michigan -- Fax: 734-647-3652; Mail: Aggressive Behavior, Institute for Social Research, The University of Michigan, 426 Thompson Street, Ann Arbor, MI 48104-1248. Email: aggressive.behavior@umich.edu

☐ If you will require a media proof for publicity related to this manuscript, notify the editorial office via return email (aggressive.behavior@umich.edu) to insure coordination between your institution and the production office.

Thank you for choosing Aggressive Behavior as an outlet for your research. I'll look forward to seeing your paper in print.

Sincerely,

Jennifer E. Lansford, PhD

Action Editor, Aggressive Behavior

Duke University

Center for Child and Family Policy

lansford@duke.edu

ANNEXE B

LETTRE DE L'ÉDITEUR CONFIRMANT LA SOUMISSION DE L'ARTICLE II

de Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology <jccap@uno.edu>

à Mireille Levesque <mirelevesque@gmail.com>

date 24 août 2010 10:18

objet Submission Confirmation for Persistence of Problematic Sexual Behaviors in Children

envoyé par editorialmanager.com

Dear Dr. Levesque,

Thank you for submitting your manuscript "Persistence of Problematic Sexual Behaviors in Children" to the Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology for review. Your manuscript will be forwarded soon to reviewers. We hope to have a decision regarding publication as soon as possible, certainly within 10-12 weeks.

You will be able to check on the progress of your paper by logging on to Editorial Manager as an author. The URL is <http://jccap.edmgr.com/>.

If you have questions regarding your manuscript, please do not hesitate to contact me at JCCAP@uno.edu. If you do so, kindly use the manuscript number in your correspondence (you will be notified of the manuscript number via e-mail once an Editor has been assigned).

Again, thank you for submitting your manuscript to the Journal.

Sincerely,

Paul J. Frick, Ph.D.

Editor

Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology

ANNEXE C

FRÉQUENCE DES CSP SELON LE TEMPS DE MESURE ET LES ITEMS
SÉLECTIONNÉS DU CSBI CHEZ TOUS LES ENFANTS DE L'ÉTUDE 2

Tableau 1

Fréquences relatives des CSP selon le temps de mesure et les items sélectionnés du CSBI chez tous les enfants de l'étude 2

Items	Temps 1 (n = 239)				Temps 2 (n = 130)			
	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une à trois fois par mois	Au moins une fois par semaine	Jamais	Moins d'une fois par mois.	Une à trois fois par mois 3.	Au moins une fois par semaine
Touche ou essaie de toucher les seins de sa mère ou des autres femmes	82.43	9.62	4.18	3.77	80.77	12.31	5.38	1.54
Essaie d'avoir des rapports sexuels avec un autre enfant ou avec l'adulte	97.49	4.18	2.09	0.42	93.85	6.15	0	0
Place sa bouche sur les parties sexuelles d'un autre enfant ou d'un autre adulte	97.90	2.09	0	0	98.46	1.54	0	0
Touche aux parties sexuelles de l'adulte	96.23	1.26	1.67	0.84	96.92	1.54	0.77	0.77
Touche aux parties sexuelles d'animaux	97.90	2.09	0	0	98.46	0.77	0	0.77
Demande aux autres de participer à des activités sexuelles	93.30	3.77	2.93	0	96.15	3.08	0.77	0
Tente de déshabiller les autres enfants contre leur gré (ouvre la blouse, le pantalon, etc.)	96.23	2.51	0.84	0.42	98.46	1.54	0	0

Tente de déshabiller les adultes contre leur gré (ouvre la blouse, le pantalon, etc.)	98.74	1.26	0	0	0	100	0	0	0
Place sa bouche sur les seins de sa mère ou d'autres femmes	98.33	1.26	0	0.42	0.77	97.69	0.77	0.77	0.77
Touche ses parties sexuelles en public ^a	88.26	5.86	4.18	5.02	6.92	86.92	6.92	3.08	3.08
Touche aux parties sexuelles d'autres enfants ^a	84.52	10.86	3.81	1.26	7.69	90	7.69	0.77	1.54
Insère des objets dans le vagin ou l'an ^a	99.58	0.42	0	0	0.77	99.23	0.77	6.92	0
Montre ses parties sexuelles aux adultes ^a	89.96	7.11	2.09	0.84	2.31	96.15	2.31	0.77	0.77
Montre ses parties sexuelles aux autres ^a	86.61	8.37	4.18	0.84	6.15	90.77	6.15	1.54	1.54

^aItems considérés problématiques seulement lorsque la fréquence était supérieure à une fois par mois.

ANNEXE D

INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES ET DESCRIPTIVES DES PARTICIPANTS ET DES ABANDONS LORS DE L'ÉTUDE 2

Tableau 2

Informations démographiques et descriptives des participants et des abandons lors de l'étude 2

Caractéristiques	Participants (n = 49)			Abandons (n = 28)			p
	n	M	SD	n	M	SD	
Age		8.28	1.99		9.22	2.50	.08
Sexe- Masculin	32			23			.12
Féminin	17			5			
CSBI-III		3.82	3.84		3.75	3.62	.94
CBCL – Score total		70.86	8.84		70.21	11.83	.79

Note. CSBI-III: Child Sexual Behavior Inventory-III (Temps 1); CBCL: Child Behavior Checklist (Temps 1)

RÉFÉRENCES

(Introduction et discussion générale)

- Abel, G., Osborn, C., & Twigg, D. (1993). Sexual assault through the life span: Adult offenders with childhood histories. In H. E. Barbaree, W. L. Marshall & S. M. Hudson (Eds.), *The juvenile sex offender* (pp. 104-117). New York, NY: Guilford Press.
- Adam Walsh Child Protection and Safety Act (2006). 42 U.S.C. Section 16901.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Association for the Treatment of Sexual Abusers (2006). *Report of the Task Force on Children with Sexual Behavior Problems*. Beaverton, OR: Author.
- Baker, A. J. L., Schneiderman, M., Parker, R. (2001). A survey of problematic sexualized behaviors of children in the New York City child welfare system : Estimates of problem, impact on services, and need for training. *Journal of Child Sexual Abuse*, 10, 67-80.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Berman, P. S. (1993). Impact of abusive marital relationships on children. In M. Hansen & M. Harway (Eds.), *Battering and family therapy: A feminist perspective* (pp. 134-146). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bolen, R. M., & Lamb, J. L. (2007). Parental support and outcome in sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16, 33-54.
- Bonner, B. L., Walker, C. E., & Berliner, L. (1999). *Children with sexual behavior problems : Assessment and treatment. Final Report, Grant No. 90-CA-1469*. Washington, DC : Administration of Children, Youth, and Families, DHHS.

- Boyd, N. J., Hagan, M., & Cho, M. E. (2000). Characteristics of adolescent sex offender : A review of the research. *Aggression and Violent Behavior, 5*, 137-146.
- Brown, J. C. (2004). *Child-on-child sexual abuse: An investigation of behavioral and emotional sequelae* (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (Publication No. AAT 3125791)
- Brown, R. J., Schrag, A., & Trimble, M. R. (2005). Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. *American Journal of Psychiatry, 162*, 899-905.
- Burton, D. L. (1999). An examination of social cognitive theory with differences among sexually aggressive, physically aggressive and nonaggressive children in state care. *Violence and Victims, 14*, 161-178.
- Burton, D. L. (2000). Were adolescent sexual offenders children with sexual behavior problems ? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 12*, 37-48.
- Burton, D. L. (2008). An exploratory evaluation of the contribution of personality and childhood sexual victimization to the development of sexually abusive behavior. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 20*, 102-115.
- Caldwell, M. (2007). Sexual offense adjudication and sexual recidivism among juvenile offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 19*, 107-113.
- Carpentier, M. Y., Silovsky, J. F., & Chaffin, M. (2006). Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: Ten-year follow up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 482-488.
- Cawson, P., Wattam, C., Brooker, S., & Kelly, G. (2000). *Child maltreatment in the United Kingdom: A study of the prevalence of child abuse and neglect*. London: NSPCC.

- Cunningham, C., & MacFarlane, L. (1996). *When children abuse*. Brandon, VT: Safer Society Press.
- Deater-Deckard, K., & Dodge, K. A. (1997). Externalizing problems and discipline revisited: Nonlinear effects and variation by culture, context, and gender. *Psychological Inquiry*, 8, 161-175.
- Drach, K. M., Wientzen, J., & Ricci, L. R. (2001). The diagnostic utility of sexual behavior problems in diagnosing sexual abuse in a forensic child abuse evaluation clinic. *Child Abuse & Neglect*, 25, 489-503.
- Eddy, J. M., Leve, L. D., & Fagot, B. I. (2001). Coercive family processes: A replication and extension of Patterson's coercion model. *Aggressive Behavior*, 27, 14-25.
- Egeland, B., Yates, T., Appleyard, K., & van Dulmen, M. (2002). The long-term consequences of maltreatment in the early years: A developmental pathway model to antisocial behavior. *Children's Services Social Policy, Research, and Practice*, 5, 249-260.
- Estes, L. S., & Tidwell, R. (2002). Sexually abused children's behaviours: Impact of gender and mother's experience of intra- and extra-familial sexual abuse. *Family Practice*, 19, 36-44.
- Farmer, E. (2004). Patterns of placement, management and outcome for sexually abused and/or abusing children in substitute care. *British Journal of Social Work*, 34, 375-393.
- Frayser, S. G. (1994). Defining normal childhood sexuality : An anthropological approach. *Annual Review of Sex Research : An integrative and interdisciplinary review*, 5, 173-217.
- Freud, S. (1905) *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris: Gallimard.
- Friedrich, W. N. (1997). *Child Sexual Behavior Inventory: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Friedrich, W. N., Baker, A. J. L., Parker, R., Schneiderman, M., Gries, L., & Archer, M. (2005). Youth with problematic sexualized behaviors in the child welfare system: A one-year longitudinal study. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 391-406.
- Friedrich W. N., Davies, H., Feher, E., & Wright, J. (2003). Sexual behavior problems in preteen children: Developmental, ecological, and behavioral correlates. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989, 95-104.
- Friedrich, W. N., Fisher, J., Broughton, D., Houston, M., & Shafran, C. R. (1998). Normative sexual behavior in children: A contemporary sample. *Pediatrics*, 101, 9-16.
- Friedrich, W. N., Fisher, J. L., Dittner, C. A., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., ... Wright, J. (2001). Child sexual behavior inventory: Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment*, 6, 37-49.
- Gagnon, M., Bégin, H., & Tremblay, C. (2005). Profil psychosocial d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Étude descriptive. *Revue Québécoise de Psychologie*, 26, 223-241.
- Galenson, E. & Roiphe, H. (1974). The emergence of genital awareness during the second year of life. In R. C. Friedman, R. M. Richart & R. L. Van de Wiele (Eds.), *Sex differences in behaviour* (pp. 233-258). New York: Wiley.
- Garnefski, N., & Okma, S. (1996). Addiction-risk and aggressive/criminal behavior in adolescence: Influence of family, school, and peers. *Journal of Adolescence*, 19, 503-512.
- Garralda, M. E. (1999). Practitioner review: Assessment and management of somatisation in childhood and adolescence: A practical perspective. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 1159-1167.
- Gil, E. & Johnson, T. C. (1993). *Sexualized children: Assessment and treatment of sexualized children who molest*. Rockville, MD: Launch Press.

- Gray, A., Busconi, A., Houchens, P., & Pithers, W. D. (1997). Children with sexual behaviour problems and their caregivers: Demographics, functioning, and clinical patterns. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9, 267-290.
- Gray, A., Pithers, W. D., Busconi, A., & Houchens, P. (1999). Developmental and etiological characteristics of children with sexual behavior problem: Treatment implications. *Child Abuse & Neglect*, 23, 601-621.
- Hagan, M., Gust-Brey, K., Cho, M., & Dow, E. (2001). Eight-year comparative analyzes of adolescent rapists, adolescent child molesters, other adolescent delinquents, and the general population. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45, 314-324.
- Hall, D. K., Mathews, F., & Pearce, J. (1998). Factors associated with sexual behavior problems in young sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 22, 1045-1063.
- Hall, D. K., Mathews, F., & Pearce, J. (2002). Sexual behavior problems in sexually abused children: A preliminary typology. *Child Abuse & Neglect*, 26, 289-312.
- Hart-Kerkhoffs, L. A., Doreleijers, T. A. H, Jansen, L. M. C., van Wijk, A. P. H., & Bullens, R. A. R. (2009). Offense related characteristics and psychosexual development of juvenile sex offenders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3, 19-29.
- Haugaard, J. J. (1996). Sexual behaviors between children: Professionals' opinions and undergraduates' recollections. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 2, 81- 89.
- Hoyle, S. (2000). *The sexualized child in foster care*. Washington, DC: Child Welfare League of America Press.
- Hunter, J. (2000). *Understanding juvenile sex offenders: Research findings and guidelines for effective management and treatment*. Charlottesville, VA: University of Virginia, Institute of Law, Psychiatry & Public Policy.

- Hutton, L., & Whyte, B. (2006). Children and young people with harmful sexual behaviours: First analysis of data from a Scottish sample. *Journal of Sexual Aggression, 12*, 115-125.
- Jaffee, S. R., & Maikovich-Fong, A. K. (2011). Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*, 184-194.
- Johnson, T. C. (1988). Child perpetrators - Children who molest others children: Preliminary findings. *Child Abuse & Neglect, 12*, 219-229.
- Johnson, T. C. (1989). Female child perpetrators - Children who molest others children: Preliminary findings. *Child Abuse & Neglect, 13*, 571-585.
- Johnson, T. C. (1998). Children who molest. In W.L. Marshall, Y.M. Fernandez, S.M. Hudson & T. Ward (Eds.), *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders* (pp. 337-352). New York, NY: Plenum Press.
- Johnson, T. C. (1999). *Understanding your child's sexual behaviour: What's natural and healthy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Johnson, T. C. (2002). Some considerations about sexual abuse and children with sexual behavior problems. *Journal of Trauma and Dissociation, 3*, 83-105.
- Kahn, T.J., & Chambers, H.J. (1991). Assessing reoffense risk with juvenile sexual offenders. *Child Welfare, 70*, 333-345.
- Karreman, A., van Tuijl, C., van Aken, M. A. G., Dekovic, M. (2009). Predicting young children's externalizing problems: Interactions among effortful control, parenting, and child gender. *Merrill-Palmer Quarterly, 55*, 111-134.
- Keiley, M. K., Howe, T. R., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (2001). The timing of child physical maltreatment: A cross-domain growth analysis of impact on adolescent externalizing and internalizing problems. *Development and Psychopathology, 13*, 891-912.

- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- Kenny, D. T., Keogh, T., & Seidler, K. (2001). Predictors of recidivism in Australian juvenile sex offenders: Implications for treatment. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13, 131-148.
- Kinsey, A. D., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behaviour in the human male*. Philadelphia, PA: Saunders.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. H. (1953). *Sexual behaviour in the human female*. Philadelphia, PA: Saunders.
- Langstrom, N. (2002). Long-term follow-up of criminal recidivism in young sex offenders: Temporal patterns and risk factors. *Psychology, Crime and Law*, 8, 41-58.
- Larsson, I. (2000). *Child Sexuality and Sexual Behaviour. Expert Report*. Sweden: The National Board of Health and Welfare.
- Larsson, I., & Svedin, C-G. (2002a). Sexual experiences in childhood: Young adults' recollections. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 263-273.
- Larsson, I., & Svedin, C-G. (2002b). Teachers' and parents' reports on 3 - to 6 year-old children's sexual behavior – a comparison. *Child Abuse & Neglect*, 26, 247-266.
- Lepage, J., Tourigny, M., Pauzé, R., McDuff, P., & Cyr, M. (2010). Sexual behavior problems in children in Quebec youth protection services : Associated factors. *European Journal of Sexology and Sexual Health*, 19, 87-91.
- Lepage, J., Tourigny, M., Pauzé, R., McDuff, P., & Cyr, M. (2010). Comportements sexuels problématiques d'enfants pris en charge par les services québécois de protection de l'enfance : facteurs associés. *Revue Européenne de Sexologie et de Santé Sexuelle*, 19, 119-126.

- Lightfoot, S., & Evans, I. M. (2000). Risk factors for a New Zealand sample of sexually abusive children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1185-1198.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Berman, S. (1994). The relationship between preabuse factors and psychological symptomatology in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 18, 63-71.
- Maughan, A., & Cicchetti, D. (2001). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Development*, 73, 1525-1542.
- Masters, W. H., & Johnson, V. P. (1966). *Human sexual response*. New York, NY: Bantam Books.
- Masters, W. H., & Johnson, V. P. (1970). *Human sexual inadequacy*. New York, NY: Bantam Books.
- Merrick, M. T., Litrownik, A. J., Everson, M. D., & Cox, C. E. (2008). Beyond sexual abuse: The impact of other maltreatment experiences on sexualized behaviors. *Child Maltreatment*, 13, 122-132.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Curtis, L., Dolezal, G. A., Wasserman, B., & Jaramillo, M. (1999). Prepubertal boys' sexual behavior and behavior problems. *AIDS Education and Prevention*, 11, 174-186.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Offer, D., & Simon, W. (1981). Les stades du développement sexuel. In C. Crépault, J. J. Lévy & H. Gratton (Eds.), *Sexologie contemporaine* (pp. 203-226). Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Olson, S. L., Sameroff, A. J., Kerr, D. C. R., Lopez, N. L., & Wellman, H. M. (2005). Developmental foundations of externalizing problems in young children: The role of effortful control. *Development and Psychopathology*, 17, 25-45.

- Pereira, A. I. F., Canavarro, C., Cardoso, M. F., & Mendonça, D. (2009). Patterns of parental rearing styles and child behavior problems among portuguese school-aged children. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 454-464.
- Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A., & Houchens, P. (1998a). Caregivers of children with sexual behavior problems: Psychological and familial functioning. *Child Abuse & Neglect*, 22, 129-141.
- Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A., & Houchens, P. (1998b). Children with sexual behaviour problems: Identification of five distinct child types and related treatment considerations. *Child Maltreatment*, 3, 384-406.
- Rasmussen, L.A. (1999). Factors related to recidivism among juvenile sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11, 69-85.
- Rhee, S. H., & Waldman, I. D. (2002). Genetic and environmental influences on antisocial behavior: A meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological Bulletin*, 128, 490-529.
- Rutter, M. (1971). Normal psychosexual development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 11, 259-283.
- Salter, D.C., McMillan, D., Richards, M., Talbot, T., Hodges, J., Bentovim, A., ... Skuse, D. (2003). Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males: A longitudinal study. *The Lancet*, 361, 471-476.
- Schmitz, M. F. (2003). Influences of race and family environment on child hyperactivity and antisocial behavior. *Journal of Marriage & the Family*, 65, 835-849.
- Schoentjes, E., Deboutte, D., & Friedrich, W. (1999). Child Sexual Behavior Inventory: A dutch-speaking normative sample. *Pediatrics*, 104, 885-893.
- Shaw, J. A. (2000). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents who are sexually abusive of others.

Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39, 127-130.

Shaw, D., Gilliom, M., Ingoldsby, E., & Nagin, D. S. (2003). Trajectories leading to school-age conduct problems. *Developmental Psychology*, 39, 189-200.

Shaw, J. A., Lewis, J. E., Loeb, A., Rosado, J., & Rodriguez, R. A. (2000). Child on child sexual abuse: Psychological perspectives. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1591-1600.

Shonk, S. M., & Cicchetti, D. (2001). Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment. *Developmental Psychology*, 37, 3-17.

Silovsky, J. F., & Niec, L. (2002). Characteristics of young children with sexual behaviour problems: A pilot study. *Child Maltreatment*, 7, 187-197.

Silovsky, J. F., Niec, L., Bard, D., & Hecht, D. (2007). Treatment for preschool children with interpersonal sexual behavior problems: A pilot study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 378-391.

Sperry, D. M., & Gilbert, B. O. (2005). Child peer sexual abuse: Preliminary data on outcomes and disclosure experiences. *Child Abuse & Neglect*, 29, 889-904.

Stormshak, E. A., Bierman, K. L., McMahon, R. J., & Lengua, L. J. (2000). Parenting practices and child disruptive behavior problems in early elementary school. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 29, 17-29.

Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., Homish, D. L., & Wei, E. (2001). Maltreatment of boys and the development of disruptive and delinquent behavior. *Development and Psychopathology*, 13, 941-955.

Swisher, L. M., Silovsky, J. F., Stuart, J. R. H., & Pierce, K. (2008). Children with sexual behavior problems. *Juvenile and Family Court Journal*, 59, 4-69.

- Tarren-Sweeney, M. (2008). Predictors of problematic sexual behavior among children with complex maltreatment histories. *Child Maltreatment, 13*, 182-198.
- Theodore, A. D., Chang, J. J., Runyan, D. K., Hunter, W. M., Bangdiwala, S. I., & Agans, R. (2005). Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas. *Pediatrics, 115*, 331-337.
- Thigpen J. W. (2009). Early sexual behavior in a sample of low-income, african american children. *The Journal of Sex Research, 46*, 67-79.
- Tremblay, R. (1999). When children's social development fails. In D. Keating & C. Hertzman (Eds.) (pp. 55-71), *Developmental Health and the Wealth of Nation*. New York, NY: Guilford Press.
- Tremblay, R. E., Nagin, D., Séguin, J. R., Zoccolillo, M., Zelazo, P. D., Boivin, M., Pérusse, D., & Japel, C. (2004). Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics, 114*, e43-e50.
- Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (1998). Developmental consequences of child sexual abuse. In P. K. Trickett & C. J. Schellenbach (Eds.), *Violence against children in the family and the community* (pp. 39-56). Washington, DC: American Psychological Association.
- U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families (2005). *National Survey of Child and Adolescent Well-Being: CPS Sample Component Wave 1 Data Analysis Report*. Washington, DC: Author.
- Van Goozen, S. H. M., Cohen-Kettenis, P. T., Matthys, W., & Van Engeland, H. (2002). Preference for aggressive and sexual stimuli in children with disruptive behaviour disorder and normal controls. *Archives of Sexual Behavior, 31*, 247-253.
- Veneziano, C., Veneziano, L., & Legrand, S. (2000). The relationship between adolescent sex offender behaviours and victim characteristics with prior victimisation. *Journal of Interpersonal Violence, 15*, 363-374.

- Vizard, E., Hickey, N., & McCrory, E. (2007). Developmental trajectories associated with juvenile sexually abusive behaviour and emerging severe personality disorder in childhood: 3-year study. *British Journal of Psychiatry*, 190, s27-s32.
- Webster-Stratton, C. (1997). Early intervention for families of preschool children with conduct problems. In M.J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 429-453). Baltimore: Paul H. Brooks.
- World Health Organization (2007). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10th ed., revision). World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- Zgourides, G., Monto, M., & Harris, R. (1997). Correlates of adolescent male sexual offenses: Prior adult sexual contact, sexual attitudes, and use of sexually explicit materials. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 41, 272-283.